



Ministerie van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Binnenhof 1a
2513 AA 's-GRAVENHAGE

Postbus 90801
2509 LV Den Haag
Anna van Hannoverstraat 4
Telefoon (070) 333 44 44
Telefax (070) 333 40 33

Uw brief

Ons kenmerk
AVB/SBA/02 7864

Onderwerp
2^e Tussenrapport Commissie Psychische
Arbeidsongeschiktheid

Datum
18 februari 2002

Conform de toezegging van 22 november 2001, bied ik u hierbij mede namens Minister Borst het 2^e tussenrapport van de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid aan. Het rapport, dat in aanvulling op de leidraad 'verzuim bij psychische klachten' en bijbehorend implementatieplan is opgesteld, bevat een nadere analyse van de problematiek. De leidraad en het conceptimplementatieplan ontving u reeds middels het schrijven van 22 november jongstleden.

De Staatssecretaris van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid,

(J.F. Hoogervorst)

2^e Tussenrapport
Commissie psychische arbeidsongeschiktheid

Januari 2002

INHOUDSOPGAVE

1.	<u>DE COMMISSIE PSYCHISCHE ARBEIDSONGESCHIKTHEID</u>	7
1.1	<u>Instelling</u>	7
1.2	<u>Opdracht</u>	7
1.3	<u>Werkwijze</u>	8
1.4	<u>Opzet rapport</u>	10
2.	<u>PSYCHISCHE ARBEIDSONGESCHIKTHEID</u>	13
2.1	<u>Een verschijnsel</u>	13
2.2	<u>Van onbepaalde aard</u>	13
2.2.1	<u>Een verschijnsel, geen probleem</u>	13
2.2.2	<u>Niet bepaalbaar of homogeen</u>	14
2.2.3	<u>Niet naar oorzaak of gevolg bepaald</u>	15
2.3	<u>Dat niet op zich zelf staat</u>	17
2.4	<u>Conclusie</u>	19
3.	<u>OORZAAK EN PROBLEEM</u>	21
3.1	<u>Niet een gegeven, maar een proces</u>	21
3.2	<u>Factoren en uitgangspunten</u>	22
3.2.1	<u>Persoonlijke kenmerken</u>	22
3.2.2	<u>Voedingsbodem</u>	23
3.2.3	<u>Arbeidsomstandigheden</u>	24
3.2.4	<u>Behandeling en begeleiding</u>	28
3.3	<u>Verloop van het proces</u>	30
3.3.1	<u>Dynamiek met drie drijvende krachten</u>	30
3.3.2	<u>Het ontstaan van klachten</u>	32
3.3.3	<u>Het ontstaan van verzuim</u>	33
3.3.4	<u>WAO-instroom en reïntegratie</u>	36
3.4	<u>Oorzaak en probleem</u>	38
3.4.1	<u>Een klassieke tragedie</u>	38
3.4.2	<u>Ongewenst en niet nodig</u>	38
3.4.3	<u>In niemands belang en toch redelijk</u>	39
3.4.4	<u>Concepten en perceptie</u>	41
4.	<u>VAN REAGEREN NAAR VOORKOMEN</u>	45
4.1	<u>Oplosbaar, maar onopgelost</u>	45
4.1.1	<u>Ogenscheinlijk onoplosbaar, maar niet onmogelijk</u>	45
4.1.2	<u>Uitgangspunten</u>	46
4.1.3	<u>Een andere aanpak vereist</u>	47
4.2	<u>Elementen van een oplossing</u>	49
4.2.1	<u>Drie maanden rond het ontstaan van het verzuim</u>	49
4.2.2	<u>Werkgever-werknemer motor van de dynamiek</u>	50
4.2.3	<u>Preventie</u>	52
4.2.4	<u>Aanpak verzuim</u>	55
4.2.5	<u>Kwaliteit ondersteuning</u>	58
4.3	<u>Plan van aanpak</u>	60

<u>5.</u>	<u>PREVENTIE VAN KLACHTEN EN VERZUIM</u>	63
<u>5.1</u>	<u>Algemeen</u>	63
<u>5.2</u>	<u>Primaire preventie</u>	64
	<u>5.2.1 Ontwikkeling van preventief beleid</u>	64
	<u>5.2.2 Basisregels</u>	65
	<u>5.2.3 Kenmerken van een gezonde onderneming</u>	66
<u>5.3</u>	<u>Stappen van systematische verbetering</u>	70
<u>5.4</u>	<u>Realisatie</u>	72
<u>6.</u>	<u>AANPAK VERZUIM</u>	75
<u>6.1</u>	<u>Algemeen</u>	75
<u>6.2</u>	<u>Uitgangspunten</u>	76
<u>6.3</u>	<u>Leidraad</u>	79
	<u>6.3.1 Tijdpad</u>	79
	<u>6.3.2 Klachtbehandeling en werkhervatting</u>	80
	<u>6.3.3 Op basis van wederzijdse aanspraken</u>	80
<u>6.4</u>	<u>Randvoorwaarden</u>	81
<u>6.5</u>	<u>Plan van aanpak</u>	84
<u>7.</u>	<u>TOT BESLUIT: HOE VERDER?</u>	86

LITERATUURLIJST

De commissie psychische arbeidsongeschiktheid

Instelling

Bij besluit van 8 februari 2000 van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw E. Borst-Eilers, en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer J.F. Hoogervorst werd de commissie psychische arbeidsongeschiktheid ingesteld¹. Taak van de commissie is om inzichten te ontwikkelen die zijn gericht op verbetering van het proces van preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie bij ziekte of uitval uit arbeid om psychische redenen teneinde op basis van een analyse van knelpunten en leemten te komen tot afspraken voor verbetering tussen betrokken partijen. Met het oog daarop werd de commissie samengesteld uit deskundigen met praktijkervaring op het terrein van arbeid, gezondheid en psychische problematiek, die werden voorgedragen door sociale partners, de betrokken beroepsverenigingen, zorgaanbieders, patiëntenorganisatie, Arbodiensten, UVI's, zorgverzekeraars, alsmede adviserende deskundigen. De voorzitter en beide vice-voorzitters werden daarentegen buiten de kring van direct betrokkenen gezocht. Het secretariaat van de commissie werd vervuld door drs E. Noordik.

Jaarlijks worden ca. 100.000 personen arbeidsongeschikt verklaard. In eenderde van de gevallen berust de arbeidsongeschiktheid op een psychische diagnose. Aannemelijk is voorts dat bij velen met een andere diagnose (rugklachten) psychische problemen op de achtergrond een rol spelen. Geschat wordt dan ook dat rond de helft van de instroom in de WAO direct of indirect gevolg is van psychische klachten. Bij een tijdige adequate aanpak van het verzuim en de klachten zou de arbeidsongeschiktheid in het grootste deel van de gevallen echter voorkomen kunnen worden. Directe aanleiding voor de instelling van de commissie is de vaststelling dat het thans veelal ontbreekt aan een dergelijke aanpak. Te vaak blijkt bij de beoordeling van de toelating tot de WAO dat in de daaraan voorafgaande 12 maanden onvoldoende aandacht is besteed aan de oorzaken, terwijl waar wel aandacht bestond die veelal te laat ontstond om nog effectief de instroom in de WAO te voorkomen. Meer in het algemeen vertonen preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie knelpunten en leemten.

Opdracht

De commissie psychische arbeidsongeschiktheid werd gevraagd het proces van aanpak en begeleiding bij uitval uit het arbeidsproces om redenen van psychische aard te analyseren met het oog op eventuele leemten en knelpunten bij de preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie, om op basis van de bevindingen daarbij te komen tot afspraken voor verbetering tussen betrokken partijen. Daarbij zou de commissie een aantal acties moeten ontwikkelen. Zij dient de verkregen inzichten in leemten en knelpunten toe te spitsen op concrete suggesties voor verbetering in preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie bij ziekte of uitval uit arbeid om psychische redenen. Die zouden moeten aansluiten bij de wettelijke verantwoordelijkheden van betrokken partijen en in de vorm van concrete afspraken tussen deze partijen moeten worden geformuleerd. Die afspraken zouden, nadat daarvoor draagvlak verkregen is, op een landelijke conferentie eind 2000 moeten worden vastgesteld.

De werkzaamheden van de commissie eindigen derhalve niet met een rapport over de knelpunten, maar in praktische maatregelen die op basis van afstemming en samenwerking

¹ Het instellingsbesluit met daarin de opdracht en de samenstelling van de commissie, is opgenomen als bijlage 1.

tussen de betrokken deskundigen en betrokkenen ertoe strekken de knelpunten zo goed mogelijk op te lossen. Om die reden blijft de commissie ook na de vaststelling van bedoelde afspraken bestaan teneinde toepassing en invulling daarvan te begeleiden. In dat kader moeten partijen worden aangezet om zo nodig nadere afspraken te maken en moet de voortgang van de reeds gemaakte afspraken worden bewaakt. De commissie dient daarbij als monitor, stimulans en adviseur van de betrokken partijen te functioneren.

De opdracht van de commissie houdt in dat oplossingen en maatregelen gezocht moeten worden binnen het kader van de bestaande wetgeving. Zoals de commissie in dit rapport vaststelt, bevordert het wettelijk kader niet steeds een aanpak die gericht is op het voorkomen van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid. De wetgeving verhindert een effectieve aanpak evenwel niet. Dat wordt bevestigd door de van bedrijf tot bedrijf sterk verschillende arbeidsongeschiktheidsrisico's en het gegeven dat sommige bedrijven arbeidsongeschiktheid om redenen van psychische aard vrijwel geheel kunnen voorkomen. Tegen die achtergrond heeft de commissie zich gericht op maatregelen die de preventie en aanpak van verzuim moeten verbeteren. Dat neemt niet weg dat in de commissie 'vertegenwoordigde' organisaties van mening zijn dat een daadwerkelijk effectieve aanpak een meer fundamentele verandering in het wettelijke en economisch bestel vergt, welke er op neerkomt dat de overheid een actieve rol heeft bij het bevorderen van een duurzame, zorgzame samenleving. De leden uit deze organisaties zien in deze overtuiging echter geen reden om niet binnen de beperkingen van het bestaande bestel mee te werken aan verbeteringen 'voor wat die waard' zijn. Dat neemt niet weg dat deze leden iets minder verwachting hebben met betrekking tot het effect van die verbeteringen zolang meer ingrijpende wijzigingen in het bestel niet worden gerealiseerd.

Werkwijze

Ter uitvoering van deze opdracht heeft de commissie zich in een eerste periode gericht op een analyse van het verschijnsel van uitval uit arbeid om psychische redenen, van het proces van ontstaan van klachten, verzuim en arbeidsongeschiktheid, en van het functioneren van de verschillende actoren in het verloop van dat proces. Deze eerste fase van de werkzaamheden van de commissie resulteerde in een rapportage die in juni 2000 in een besloten conferentie besproken werd met vertegenwoordigers van de verschillende participerende organisaties. In de analyse werd de aard van het verschijnsel nader geanalyseerd en het verloop van het proces van het ontstaan van psychische klachten tot aan de eventuele reïntegratie in het arbeidsproces of de vaststelling van arbeidsongeschiktheid beschreven. Conclusie van die analyse is dat bij een tijdige en adequate aanpak van oorzaken en verzuim om redenen van psychische aard, langdurig verzuim en instroom in de WAO in de meeste gevallen voorkomen kan worden. Analyse en conclusie. Analyse en conclusie werden met een aantal kanttekeningen, onderschreven in bedoelde conferentie en aanvaard als basis voor de aanpak van het probleem en als basis voor de verdere werkzaamheden van de commissie.

In een tweede periode heeft de commissie in het afgelopen jaar deze analyse en bevindingen vertaald in maatregelen om te komen tot een betere aanpak. Het resultaat daarvan presenteert de commissie bij deze. Het gaat daarbij om meer dan afspraken tussen de betrokken organisaties van belanghebbenden en deskundigen. In de analyse werd vastgesteld dat er een groot aantal factoren zijn die bijdragen aan het tekortschieten van de aanpak in de praktijk. De wettelijke inrichting van het verloop van verzuim en instroom in de WAO vormen daarbij mede een factor die, ook al staat zij niet in de weg aan een adequate aanpak deze desalniettemin niet bevordert. Een effectief tegenwicht voor deze factoren is primair gelegen in de wijze waarop werkgever en werknemer klachten en verzuim aanpakken en sturing geven aan de ondersteuning door deskundigen. Vandaar dat de commissie zich in de tweede periode heeft

gericht op het opstellen van een concrete Leidraad die in concrete gevallen van verzuim oriëntatie en houvast kan bieden aan het handelen van werkgevers en werknemers. Een tweede onderdeel wordt gevormd door een plan van aanpak met betrekking tot de wijze waarop deze Leidraad in de praktijk kan worden geïntroduceerd en het gebruik daarvan kan worden bevorderd. Tezamen met het voorliggend rapport zullen deze stukken aan een tweede bijeenkomst van vertegenwoordigers van de organisaties van betrokkenen en deskundigen worden ter goedkeuring voorgelegd. Daarmee wordt voldaan aan de opdracht in het instellingsbesluit om te komen tot afspraken over de aanpak van de problematiek.

Naar de mening van de commissie kan hiermee echter nog niet worden volstaan. De benadering van de problematiek vanuit de aanpak van het verzuim wanneer dat eenmaal optreedt, brengt met zich mee dat de aandacht voor de preventie van het verzuim als zodanig op de achtergrond dreigt te geraken. Maar terwijl arbeidsongeschiktheid om redenen van psychische aard in zeer veel gevallen voorkomen kan worden door een tijdig adequaat ingrijpen, kan dat verzuim zelf ook voorkomen worden. De toename van het verschijnsel van psychische klachten hangt samen met veranderingen in de moderne arbeidsorganisatie die veelal nog onvoldoende worden onderkend en een meer systematische aandacht vergen. Een aanpak van het verzuim langs lijnen van de Leidraad en een grotere verantwoordelijkheid en betrokkenheid van werkgevers bij de aanpak van het verzuim, zal naar de mening van de commissie ook leiden tot toenemende belangstelling voor de mogelijkheden van preventie. In het voorliggend rapport wordt dan ook uitvoerig ingegaan op preventie van het verzuim. Daarbij wordt een systematisch overzicht gegeven van de aspecten en elementen die daarvoor van belang zijn. Op dit moment moet daarbij echter nog worden volstaan met een enigermate abstracte beschouwing die slechts een kader kan bieden voor de aanpak van de preventie, maar nog geen daadwerkelijk houvast in de praktijk. Daaraan bestaat wel behoefte. Vandaar dat de commissie het voornemen heeft om in de derde periode van haar werkzaamheden te komen tot een systematische praktische aanzet van de criteria en normen die een basis kunnen bieden voor de inrichting van wat beschouwd kan worden als een gezonde arbeidsorganisatie.

In deze laatste periode zal ook nader ingegaan worden op de mogelijke aanpak van personen die al om redenen van psychische aard in de WAO zijn toegelaten. Het betreft hier een wezenlijk ander probleem dan het aanpakken van verzuim en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid in het kader van een arbeidsverhouding. In het geval van bestaande WAO-gevallen is de arbeidsverhouding veelal niet meer aanwezig en kan derhalve ook geen beroep meer worden gedaan op de inzet van de werkgever bij het aanpakken van de behandeling en de werkhervatting. Bovendien blijkt dat bij bestaande WAO-gevallen er slechts beperkt een onderscheid kan worden gemaakt tussen personen die om reden van psychische klachten arbeidsongeschikt zijn en personen die dit om andere redenen zijn. Tegelijk moet worden vastgesteld dat er in de afgelopen jaren reeds veel aandacht en middelen op de reïntegratie van arbeidsongeschikten zijn gericht. In alle gevallen geldt dat eerst de instroom teruggedrongen moet worden voordat met vrucht de omvang van het bestaande beroep op de WAO kan worden aangepakt.

De leidraad richt zich op het voorkomen van het ontstaan van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid in het kader van een bestaande arbeidsverhouding. De leidraad is om die reden minder bruikbaar in geval van zelfstandige ondernemers alsmede in geval van zgn. flexwerkers: personen die op basis van een uitzendcontract of een tijdelijk arbeidscontract werkzaam zijn. De commissie heeft het voornemen om in de derde fase van haar werkzaamheden te onderzoeken of met betrekking tot deze groepen een andere aanpak doeltreffend is.

Opzet rapport

Het voorliggend rapport vormt de neerslag van de analyse en bevindingen van de commissie en het verslag van haar werkzaamheden tot dusver. In het eerste hoofdstuk na deze inleiding wordt ingegaan op het verschijnsel psychische arbeidsongeschiktheid. Een verschijnsel, niet een probleem. Zoals zal worden betoogd moet worden voorkomen psychische arbeidsongeschiktheid op voorhand te definiëren als probleem. Psychische klachten ontstaan niet spontaan; ze zijn een symptoom of de uitkomst van een proces. Op dat aspect wordt vervolgens in het derde hoofdstuk ingegaan. Het gaat daarbij om een weergave van de meer uitgebreide analyse die door de commissie in juni 2000 werd vastgesteld na samenspraak met vertegenwoordigers van de verschillende organisaties en beroepsgroepen welke in de commissie vertegenwoordigd zijn. Op grond van die analyse wordt geconcludeerd dat psychische arbeidsongeschiktheid niet een gegeven situatie is of een 'kwaal' die iemand overkomt, maar dat het in de meeste gevallen gaat om de uitkomst van een proces. Een proces dat een wisselwerking vormt tussen persoonlijk karakter, omstandigheden en de beschikbare hulp en zorg. Die analyse vormt de basis voor een beschouwing in het vierde hoofdstuk en de conclusies van de commissie met betrekking tot de wijze waarop verzuim om redenen van psychische aard aangepakt zou moeten worden om te voorkomen dat dit onttaardt in langdurig verzuim en vervolgens resulteert in arbeidsongeschiktheid om redenen van psychische aard. Hoofdsom van die bevindingen is dat aard noch verschijnselen van psychische klachten a priori met zich meebrengen (behoudens in een beperkt aantal gevallen) dat mensen met psychische klachten gedurende lange tijd (meer dan een jaar) niet zouden kunnen werken. Dat betekent niet dat *dus* geen WAO nodig is voor personen met psychische klachten. De WAO zal steeds een vangnet moeten vormen. De conclusie dat het 'niet nodig' is, betekent dat in het merendeel van de gevallen langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid kunnen worden voorkomen door tijdig, adequaat ingrijpen. Het ontbreken van dat laatste vormt de belangrijkste oorzaak van de omvang van de WAO-instroom op dit moment.

De conclusie dat de WAO-instroom kan worden voorkomen, maakt het aantal personen dat thans jaarlijks om redenen van psychische aard arbeidsongeschikt wordt verklaard des te schrijnender. Tegelijk stelt de commissie vast dat dit niet gevolg is dat bepaalde groepen personen in het bijzonder moet worden verweten. Veeleer gaat het om de uitkomst van een aanpak van het verschijnsel, of beter gezegd het gebrek aan aanpak daarvan dat het gevolg is van bestaande concepten, inzichten en reflexen. In het licht van die conclusie meent de commissie dat de doelmatige aanpak van het verschijnsel de uitkomst zal moeten zijn van een andere aanpak van het verzuim om redenen van psychische aard en bovenal van het voorkomen van de oorzaken van dat verzuim. Want terwijl door aanpak van het verzuim in de meeste gevallen voorkomen kan worden dat dit onttaardt in langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid, kan ook het verzuim veelal voorkomen worden door preventie en een andere wijze van functioneren van arbeidsorganisaties. Op die beide onderdelen richten de werkzaamheden van de commissie zich. Niet in de vorm van een advies of rapport. Bij wijze van eerste stap is in het afgelopen jaar getracht te komen tot de formulering van een Leidraad als praktisch richtsnoer voor de aanpak door werkgever en werknemer van verzuim dat mogelijk van psychische aard is. In de derde fase van haar werkzaamheden wil de commissie trachten op even praktische wijze te komen tot een instrument dat het mogelijk maakt om de 'gezondheid' van een arbeidsorganisatie te beoordelen en daar verbetering in te brengen. Omdat deze preventieve activiteit aan de aanpak van het verzuim voorafgaat en in beginsel ook doelmatiger is bij het voorkomen van psychische arbeidsongeschiktheid, wordt eerst in het vijfde hoofdstuk ingegaan op de preventie, waarna in het zesde hoofdstuk op aanpak van het

verzuim, de leidraad en wijze waarop het gebruik daarvan moet worden bevorderd, wordt ingegaan.

De Leidraad en het plan van aanpak vormen op dit moment de eerste resultaten van het streven van de commissie om de analyse te vertalen in een praktisch hanteerbare vorm. Het inzicht dat arbeidsongeschiktheid in welke vorm dan ook en psychische arbeidsongeschiktheid in het bijzonder voorkomen kan worden, heeft immers de laatste jaren veld gewonnen. Nadat eerst de analyse van de commissie in juni 2000 tot die conclusie kwam, werd dit proefondervindelijk bevestigd door het onderzoeksrapport van Nyfer² meer pragmatisch bevestigd. Vervolgens kwam ook de adviescommissie WAO tot een dergelijke conclusie met betrekking tot het verschijnsel arbeidsongeschiktheid in het algemeen. De laatste commissie kwam in het verlengde van die conclusie tot aanbevelingen met betrekking tot de wijze waarop de wetgeving in het licht daarvan zou moeten of kunnen worden aangepast teneinde preventief gedrag te bevorderen. Maar ook die commissie gaf niet in concreto aan op welke wijze dit in de dagelijkse praktijk gerealiseerd zou kunnen worden. Tussen de intellectuele conclusie dat het mogelijk is en de praktische aanpak om dit mogelijk te maken gaapt vooralsnog echter een gat. De commissie psychische arbeidsongeschiktheid heeft het tegen die achtergrond tot haar taak gerekend om juist op dat punt een invulling te geven. Het voorliggend rapport vormt daarbij de motivering van de werkzaamheden en de uitkomst in de vorm van de Leidraad. Op het punt van de preventie zal te zijner tijd verantwoording afgelegd worden, wanneer de werkzaamheden ten aanzien daarvan eveneens tot resultaat hebben geleid.

Voorliggend rapport besluit met de beschrijving van het programma van de commissie. Daarbij gaat het in de eerste plaats om de stappen die verwacht worden met betrekking tot de invoering en het gebruik van de leidraad langs lijnen van het eveneens in hoofdstuk zes beschreven plan van aanpak. De organisaties die betrokken zijn bij de werkzaamheden van de commissie hebben daarbij een belangrijke rol. De commissie zelf zal zich in de haar resterende tijd richten op het begeleiden, ondersteunen en onderling afstemmen van de verschillende maatregelen en activiteiten die in dat verband genomen zullen worden. Daarnaast zal de totstandkoming bevorderd worden van een permanente structuur voor uitwisseling van informatie en ervaring, en van coördinatie van de verschillende activiteiten op dit terrein. In de derde plaats zullen de werkzaamheden van de commissie zich richten op de preventie van verzuim en de concretisering van het concept van een ‘gezonde arbeidsorganisatie’. Het gaat daarbij om een uitwerking en nadere invulling van de uitgangspunten en gedachtenlijnen die in het vijfde hoofdstuk zijn begrepen. Tenslotte zullen de werkzaamheden zich richten op de aanpak van personen die reeds arbeidsongeschikt zijn verklaard alsmede op de aanpak in gevallen dat er geen reële arbeidsverhouding bestaat (zelfstandigen, flex-werkers).

² Nyfer (2001) ‘Enkeltje WAO: De gebrekkige begeleiding van werknemers met psychische klachten tijdens het eerste ziektejaar’, Nyenrode, Breukelen.

Psychische arbeidsongeschiktheid

Een verschijnsel

Arbeidsongeschiktheid met de diagnose psychische klachten vormt thans de meest omvangrijke subgroep van de WAO'ers. Van de 744.117 werknemers en ambtenaren die 1999 een WAO-uitkering kregen (op een totaal van 922.411 arbeidsongeschiktheidsuitkeringen) was er in 11,5% sprake van onbekende of onvoldoende omschreven klachten. Van de gevallen waarin wel een diagnose mogelijk was ging het in 31,4% om psychische klachten en in 28,8% om klachten aan het bewegingsstelsel. Het aandeel van personen met een diagnose psychische klachten ligt sinds 1992 vrijwel constant rond de 30-33%. Anders dan in de jaren '80 is in de laatste jaren geen sprake meer van een relatieve toename. Arbeidsongeschiktheid om psychische redenen vormt evenwel niet alleen de meest omvangrijke groep van de WAO-uitkeringen, maar binnen deze groep gaat het op dit moment om het naar verhouding het hoogste percentage gevallen van volledige arbeidsongeschiktheid (83% voor psychisch; 61,9 % voor bewegingsstelsel). Waarschijnlijk is ook dat de groep ruimer is dan de statistiek aangeeft. Zo geeft tweederde (67.0%) van de verzuimenden met een stemmings- of angststoornis aan dat ze in het voorafgaande jaar niet vanwege psychische- maar vanwege lichamelijke redenen verzuimden. Van de WAO'ers met een stemmings- of angststoornis rapporteerde ongeveer 60% ernstige lichamelijke klachten. En van de mensen die zelf aangaven dat ze in de WAO zaten vanwege lichamelijke redenen had bijna 20% een stemmings- of angststoornis. Op grond van deze overlap kan worden geconcludeerd dat het aandeel psychisch in de WAO groter is dan de ruim 30 procent die in de registratiegegevens wordt genoemd. Uitgaande van een DSM-diagnose in het afgelopen jaar en/of een hoge score op psychisch onwelbevinden kampt ongeveer de helft van de WAO-ers met psychische problemen.

Van onbepaalde aard

Een verschijnsel, geen probleem

De cijfers bieden inzicht in de omvang van het verschijnsel, maar zeggen niets over de aard daarvan. Zij bieden ook geen inzicht in de oorzaken en de aard van de problematiek van de psychische klachten en zij bieden geen houvast voor het antwoord op de vraag hoe de uitval uit het arbeidsproces om redenen van psychische aard kan worden teruggedrongen. De aantallen beschrijven slechts een symptoom, maar niet het probleem. De omvang van het beroep op de WAO schept problemen, maar is niet als zodanig het probleem. Zou het beroep op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen als zodanig een probleem zijn, dan is de oplossing eenvoudig; de wetgever hoeft slechts de mogelijkheid van een beroep in geval van psychische klachten, te beperken of af te schaffen. Maar daarmee is dan ook alleen het symptoom bestreden; het verschijnsel en het probleem verdwijnen er niet mee, te weten dat grote aantallen mensen als gevolg van psychische klachten langdurig niet kunnen functioneren in het arbeidsproces. Niet alleen is het probleem daarmee niet verdwenen, het komt mogelijk zelfs in grotere omvang terug omdat een dergelijke oplossing leidt tot verplaatsing van het probleem waardoor het van gedaante verandert en mogelijk nog minder hanteerbaar wordt. Dat geldt ook voor andere remedies die primair de aantallen en het verschijnsel aanpakken zonder inzicht in de aard van het probleem en de oorzaken daarvan.

De cijfers bieden bovendien een vertekend beeld. Zij laten immers slechts ‘de staart’ van het vraagstuk zien. Men ziet de 100.000 personen die jaarlijks voor het eerst een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsverzekering en bij wie eerder ingrijpen mogelijk preventief zou hebben gewerkt. Maar die 100.000 aan het eind van 12 maanden zijn 9 maanden eerder nog zo’n 340.000; en 1½ maand na het begin van het verzuim gaat het om circa 600.000 gevallen. In theorie impliceert het sneller adequaat behandelen van de uiteindelijke WAO’er dan ook dat men ongeveer zes mensen moet spreken en daarbij die ene eruit moet weten te halen; en bij preventie gaat het om nog grotere getallen.

Niet bepaalbaar of homogeen

De aantallen bieden slechts een vage contour. Want hoewel van termen als psychische arbeidsongeschiktheid, psychische klachten, stress, ‘burn-out’ de suggestie uitgaat van duidelijk omschreven en bepaalde verschijnselen en remedies, is niets minder waar. Het gegeven waar in het voorgaande al op gewezen werd dat er een aanzienlijke *overlap* bestaat tussen somatische en psychische klachten onderstreept het gebrek aan een scherpe afbakening. Wie tracht het verschijnsel van verzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen in kaart te brengen, stuit vrij snel op het probleem dat er geen sprake is van een homogene pathologie, eenstemmigheid over diagnose en therapie of overeenstemming over de implicaties van de onderscheiden ziektebeelden voor arbeidsongeschiktheid. Zelfs over de vraag of het een ziekteverschijnsel betreft dan wel een probleem van aanpassing en sociaal (dis)functioneren - een ‘mismatch’ van persoon en omgeving - bestaat verschil van inzicht. Ook voor betrokkenen zelf is de grens niet steeds duidelijk. Van de mensen in de groep 12-maandszieken waarvoor officieel een psychische diagnose was gesteld, gaf 14% op geen psychische klachten te hebben; omgekeerd gaf 13% van de groep waarvoor een niet-psychische diagnose was gesteld op dat hun ziekte mede psychische oorzaken had.

Psychische klachten als oorzaak van verzuim en arbeidsongeschiktheid hebben ook allerm minst een als zodanig herkenbaar en homogeen karakter. Het betreft een breed scala aan ziektebeelden variërend van ernstige psychiatrische ziekten (schizofrenie, psychosen, manie), stoornissen als gevolg van gebruik van bepaalde stoffen (drugs en alcohol) tot depressie en spanningsklachten (overspanning, burn-out, stress). Psychologie, psychiatrie en het inzicht in psychische stoornissen staan nog aan het begin van een proces van objectivering van de identificatie en indeling van stoornissen, welke het mogelijk maakt stoornissen te diagnosticeren, adequate therapieën te kiezen, daarover te communiceren en ervaring uitwisselbaar te maken. Bij de beschrijving van psychische stoornissen is de commissie uitgegaan van de indeling en diagnosecategorieën van de vierde versie van het Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV). Daarmee kan echter slechts een minderheid van de langdurig verzuimenden om psychische redenen worden gediagnosticeerd.

Die onduidelijkheid van terminologie en diagnose compliceert niet alleen het inzicht in de problematiek maar is zelf een factor die de problematiek compliceert omdat er in de praktijk vanuit wordt gegaan dat duidelijke, eenduidige diagnoses nodig en mogelijk zijn. In die perceptie wordt de tijdige adequate aanpak en behandeling van psychische problemen belemmerd door onduidelijkheid; worden juridische geschillen over de toelating tot de WAO gecompliceerd omdat het recht een duidelijkheid veronderstelt die er niet is. De onduidelijkheid dreigt zelfs een autonome factor van groei van het vraagstuk te worden. De aanduiding ‘psychisch’ dreigt tegelijk te verworden tot een verzameling van klachten, stoornissen en disfunctioneren waar men geen raad mee weet. Enerzijds schaadt dit de maatschappelijke (h)erkenning en aanvaarding van de problematiek. Psychische klachten worden daardoor ‘verdacht’ en ‘vreemd’; wie ze niet heeft bewaart zijn afstand en wie ze heeft wordt daardoor

verlamd. De problematiek dreigt zo onbepaald en ongrijpbaar te worden. Anderzijds compliceert het de publieke discussie. Het denken in termen van een homogene problematiek suggereert dat ieder inzicht in een deel van het probleem algemeen geldig is en dat iedere deeloplossing bruikbaar is voor het geheel. Daardoor rekent men zich vaak al gauw rijk; de effecten voor een deel worden omgezet voor het geheel, waarna de resultaten tegenvallen. Want bij een ongerichte toepassing op alle gevallen zijn de lasten doorgaans vele malen groter dan de baten.

Niet naar oorzaak of gevolg bepaald

Psychische klachten laten zich ook niet naar oorzaak of gevolg afbakenen. Over het ontstaan van de klachten bestaan verschillende theorieën. In sommige ligt de nadruk op persoonlijke en biologische oorzaken, in anderen ligt de nadruk op het gedrag en in weer anderen op de omgevingsfactoren. In veel situaties doet zich een combinatie en cumulatie van deze elementen voor. Het is voorts (nog) niet mogelijk om bepaalde situaties of omstandigheden aan te wijzen die meer in het bijzonder vaal tot psychische klachten aanleiding geven. De klachten kunnen hun aanleiding vinden in de arbeidsomstandigheden, in huiselijke omstandigheden of in nog weer andere factoren. Het feit dat psychische klachten vaak een verscheidenheid aan oorzaken hebben en ontstaan in de wisselwerking tussen persoon en omgeving, maakt ook dat een onderscheid tussen bijvoorbeeld arbeidsgelerateerde klachten en andere minder bruikbaar is. Wie een been breekt of een gat in zijn hoofd valt, doet dat thuis op zijn werk of in de sport en ondervindt daarvan ook overal dezelfde gevolgen. Bij psychische stoornissen is de directe oorzaak doorgaans de spreekwoordelijke ‘druppel’ die de emmer doet overlopen. Het ‘vollopen’ van de emmer enerzijds en het vallen van de druppel anderzijds kunnen verschillende oorzaak hebben; een conflict of een reorganisatie op het werk, bovenop aanhoudende spanningen en problemen thuis. De gevolgen daarvan kunnen eveneens heel verschillend zijn, naar gelang de omgeving waarin betrokkene vervolgens moet functioneren. Door de oorzaken en gevolgen in de statistiek te vangen gaan dit soort wezenlijke aspecten van de problematiek verloren; er is dan maar één oorzaak en één gevolg. Het dreigt zo het denken over de problematiek te bevestigen in verkeerde paradigma’s en concepten.

Ook als de aandacht zich niet richt op de directe oorzaak - als laatste druppel - maar op de redenen waarom de emmer is volgelopen, is het inzicht nog beperkt. Vooralsnog gaat het daarbij om niet meer dan het identificeren van factoren die van invloed kunnen zijn, maar niet om inzicht in oorzakelijke verbanden. Zoals blijkt uit de bij de brief van 15 januari 1999 aan de Tweede Kamer gezonden notitie³ van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over omstandigheden die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van psychische klachten, gaat het daarbij vooral om werkdruk⁴. Op basis daarvan wordt in het kader van convenanten met sectoren en bedrijfstakken thans gestreefd naar reductie van de aantallen personen die daar aan blootgesteld worden. Zoals uit de genoemde brief blijkt, betreft het een zodanig aantal (1,7 mln.) dat beleid gericht op de hele populatie niet zinvol is. Achter werkdruk en werkstress gaan blijkens de literatuur⁵ diverse verschijnselen schuil. Ook is niet de druk of werklast als zodanig (hoeveelheid werk, werktempo, tijdsdruk, uren achter elkaar werken) het probleem, maar de combinatie met andere factoren zoals gebrek aan regelmogelijkheden (kunnen regelen van het werktempo, zelfstandig plannen, zelf pauzes kiezen) of sociale ondersteuning (van collega’s of leidinggevende) en de afwezigheid van de

³ Kamerstukken II, 1998-1999, 26 375, nr. 1

⁴ In een brief van 30 juni 1999 wordt daarnaast nog gewezen op arbeidsconflicten als factor die psychische klachten veroorzaakt.

⁵ Veerman e.a. (2000)

mogelijkheid van voldoende herstel, vormen voor velen de aanleiding dat zij een hoge werkdruk en stressklachten ervaren. Recent onderzoek zou uitwijzen dat niet alleen gebrek aan regel mogelijkheden maar ook een teveel daarvan oorzaak kan zijn. Vooralsnog blijkt uit vele onderzoeken wel een relatie tussen de genoemde kenmerken van het werk en stressklachten, maar wijzen de diverse onderzoeken niet steeds in dezelfde richting wat de correlatie betreft.

Werkdruk is echter niet de enige mogelijke oorzaak van psychische klachten in de arbeidssfeer. Als andere oorzaken van verzuim en arbeidsongeschiktheid worden genoemd: geringe sociale steun van collega's of leidinggevende, een slechte onderlinge werksfeer, (on)gewenste omgangsvormen zoals agressie en geweld, seksuele intimidatie en systematisch dezelfde persoon pesten, geringe autonomie of regel mogelijkheden, en in mindere mate hoog werktempo. Die factoren zijn overigens niet alleen van invloed op het ontstaan van verzuim, maar ook op het verloop daarvan en op de kans op werkhervatting. Met name weinig sociale ondersteuning, slechte onderlinge werksfeer en ongewenste omgangsvormen zijn van belang voor preventie van arbeidsconflicten. Arbeidsconflicten worden relatief vaak als reden van arbeidsongeschiktheid genoemd (24%). Naast deze gemeenschappelijke risicofactoren spelen in ieder fase (klachten-verzuim-12maandsverzuim) ook nog andere kenmerken van het werk een rol.

Ook tussen psychische klachten en de gevolgen daarvan ontbreekt een eenduidige samenhang. Hoewel het zinvol is om de verscheidenheid van ziekten en verschijnselen te onderkennen die achter de aanduiding van de psychische problematiek schuil kunnen gaan, is het riskant om zich te verliezen in een schier eindeloze nader indeling van stoornissen en symptomen want de gemeenschappelijke noemer is primair gelegen in het gevolg: het verzuim en de uitval uit arbeid. In het geval van psychische stoornissen is er nog minder dan in het geval van somatische ziekten een één-op-één relatie tussen een stoornis en het gevolg hiervan voor het functioneren in arbeid. Er is al evenmin een één-op-één relatie tussen stoornis en therapie. Vandaar dat er hooguit een zwak verband bestaat tussen een therapie en de betekenis daarvan voor het herstel van arbeid. Vanuit die optiek is een onderscheid naar ziektebeeld en verschijnselen minder bruikbaar. Het gaat in de eerste plaats om de gevolgen voor het functioneren. Dat klemmt te meer gegeven dat bij psychische problemen het doorfunctioneren in een sociale omgeving en het behoud van regelmatige arbeid veelal wezenlijke elementen zijn van therapie. Dat geeft aan de inzet bij bestrijding en begeleiding van verzuim ook een wezenlijk andere dimensie.

Het gebrek aan een eenduidig verband tussen oorzaak en gevolg heeft tevens tot gevolg dat het beeld in de hand wordt gewekt van psychische klachten als voorwendsel en psychische arbeidsongeschikten als profiteurs van het systeem. Het hangt samen met diepgewortelde categorieën in ons denken, waarbij we onderscheiden tussen kunnen en willen: fysiek en psychisch: ziekten en wilsgebreken. Met verschijnselen die niet goed in die denkcategorieën passen, weten we minder raad. Niet kunnen is verontschuldigbaar als het zijn oorzaak vindt in ziekte en andere vormen van overmacht. Niet willen is een kwestie van instelling die ieder in beginsel zelf in de hand heeft en mitsdien is het verwijtbaar. Niet-kunnen-willen past niet in dit denkschema en wordt dan ook snel gezien als verwijtbaar 'niet-willen' en als flauwekul of aanstellerij. Wie zich dan ook om de psychische redenen onttrekt aan arbeid wordt al gauw gezien als profiteur die eenvoudig wat strenger moet worden aangepakt. Het is een weinig realistische en weinig vruchtbare benadering. Ook al is er geen duidelijk fysiek onvermogen aanwijsbaar toch is de reële belemmerende werking op het handelen van ziektebeelden als 'burn-out', depressie, enz. moeilijk betwistbaar. Bovendien is er eerder iets met de bevolking als geheel mis, indien het werkelijk mogelijk zou zijn om op de schaal van honderdduizenden de zaak te flessen. Het ontkennen van de realiteit van het niet-kunnen-willen en het daaruit

resultierend onvermogen tot handelen, is bovendien een weinig vruchtbare wijze van benaderen. Het enge perspectief is dan gelegen in een steeds sterker ‘prikkelen’ en strenger aanpakken. Vooralsnog wijzen de resultaten van die benadering eerder op averechtse effecten. De ervaring leert dat het niet-kunnen-willen ook te maken heeft met copingstijlen en persoonlijkheidstrekken van mensen. Indien deze inflexibel en onaangepast zijn (geworden) aan het werk of de privé omgeving kunnen zij belangrijke functionele belemmeringen met zich meebrengen. Iemands copingstijl kan omgebogen worden tot effectiever gedrag.

Dat niet op zich zelf staat

De moeilijkheid om de aard van psychische klachten te omschrijven en om de klachten van psychische aard die tot arbeidsongeschiktheid kunnen leiden duidelijk af te bakenen, onderstrepen dat het verschijnsel niet als een autonome ontwikkeling en een op zich zelf staand probleem kunnen worden beschouwd. Er zijn geen aanwijzingen dat het relatief hoge aantal arbeidsongeschikten verklaard moet worden omdat Nederland zieker of onveiliger is dan andere landen. Dat geldt ook voor het specifieke aspect van psychische klachten. Weliswaar zou het gestegen aantal aanmeldingen bij de Riagg en uit de cijfers van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid afgeleid kunnen worden dat steeds meer Nederlanders gebruik maken van voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De aanmeldings- en opnamecijfers van GGZ-instellingen laten ten opzichte van 1980 meer dan een verdubbeling (215%) zien, terwijl de aanwezigheid (prevalentie) nog sterker toenam (260%)⁶. Het aantal opname in algemeen psychiatrische ziekenhuizen steeg van 1,57 per duizend inwoners in 1980 naar 2,8 in 1997. De intramurale en semi-intramurale behandeling in het algemeen steeg in diezelfde periode van 4,2 per duizend naar 7,9. De aanmeldingen bij de Riagg stegen in die periode van 7 per duizend inwoners in 1980 naar 16,4 in 1997 (van 100.000 naar 244.000) en de extramurale behandeling in het algemeen steeg van 13,7 per duizend inwoners naar 30,5. Die stijging vloeit echter ten dele voort uit dubbeltellingen. Dezelfde mensen maken frequenter gebruik van voorzieningen. Vandaar dat de schattingen over de toename ook sterk uiteenlopen. De sterkste groei zou zich bovendien al in de jaren tachtig hebben voorgedaan (55% tegenover 38%). Maar tegenover deze groei in het gebruik van de tweedelijns GGZ staat een afname in de eerstelijns zorg. De belangrijkste schakel in deze zorg is de huisarts en het percentage van de bevolking dat jaarlijks contact heeft met een huisarts is al jaren constant (75%). Het aantal patiënten met een psychische diagnose is evenwel sinds 1980 afgenomen met 25%. Van 150 per duizend inwoners in 1980 naar 110 in 1998 (andere cijfers wijzen op een iets geringere afname). Daarnaast wijzen studies naar de prevalentie van psychische stoornissen onder de bevolking in het algemeen weer op een stijging of een constante lijn. Een recent door de Raad voor het Gezondheidszorg Onderzoek schat de prevalentie op 295 per duizend inwoners, hetgeen een toename van 20% zou betekenen ten opzichte van studies uit 1977 en begin jaren negentig die wijzen op een prevalentie van 250 of 265. Het Nemesis-onderzoek van het Trimbosinstituut van 1998 wijst daarentegen eerder op een constante lijn van rond de 250 gevallen per duizend inwoners. Een conclusie over de vraag of Nederland gekker wordt, is kortom niet mogelijk. Wel blijkt uit al deze cijfers dat het gebruik van de GGZ-voorzieningen niet afneemt en dat er sprake lijkt te zijn van een verschuiving van eerstelijnszorg naar de tweede lijn. Maar onderzoekers op dit terrein wijzen er wel op dat de

⁶ Bron G. Hutschemaekers: ‘Wordt Nederland steeds zieker?’, Maandblad Geestelijke volksgezondheidszorg 2000, nr. 4, blz. 314. De cijfers en informatie in deze paragraaf zijn alle ontleend aan dit artikel. De schrijver is secretaris van de commissie geestelijke volksgezondheid en heeft ten behoeve daarvan onderzoek verricht.

stijging van psychische stoornissen niet een toename betreft van schizofrenie, dementie, autisme, enz., maar van verslavingsproblematiek, depressie, overspanning, burn-out, betreft⁷.

Deze cijfers over het gestegen gebruik van de GGZ-voorzieningen moeten bovendien worden afgezet tegen het gegeven dat slechts 20% van degenen die om redenen van psychische klachten arbeidsongeschikt worden verklaard in het voorafgaande jaar specialistische hulp heeft ontvangen. Het overgrote deel van de werknemers wordt niet behandeld in de gespecialiseerde GGZ. Huisarts en de bedrijfsarts hebben een spilfunctie bij de hulpverlening aan werknemers; in geval van verzuim wordt een van beiden in vrijwel alle gevallen bezocht. De rol van de overige hulpverleners, inclusief de gespecialiseerde GGZ, het AMW en de eerstelijnspsychologen is daarentegen in verhouding tot de huisarts en bedrijfsarts beperkt⁸. Een mogelijk factor daarbij is dat psychische en lichamelijke klachten in de praktijk moeilijk te scheiden zijn en psychische klachten in veel gevallen niet herkend worden hetgeen tot onderbehandeling leidt.

Voorzover het beroep op arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen niet gezien kan worden als symptoom van een gestegen psychische problematiek onder de bevolking, kan het verschijnsel ook niet op zich zelf beschouwd worden. Arbeidsongeschiktheid is slechts één van de 'wegen' is waarlangs personen uit het arbeidsproces stappen, naast andere zoals met name: natuurlijk verloop door overlijden, vrijwillige uittreding en pensionering; vervroegde uittreding en vervroegde pensionering, en werkloosheid. Weliswaar staan deze 'uitgangen' op zichzelf en heeft iemand die daar voor in aanmerking komt niet de keuze tussen arbeidsongeschiktheid, vervroegde uittreding of werkloosheid. Maar over langere tijd bezien en op het niveau van de economie als geheel is er sprake van een zekere uitwisselbaarheid. Het betreft soortgelijke stromen en veelal dezelfde mensen. De cijfers over de totale uitstroom uit de beroepsbevolking uit het arbeidsproces en de vergelijking daarvan met landen in een soortgelijke situatie onderstrepen dat. Op het punt van de arbeidsparticipatie en het totaal van het aantal van personen dat een uitkering ontvangt, onderscheidt Nederland zich steeds minder van omliggende landen, maar het aandeel daarbinnen van personen dat arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt is opvallend hoog.

Tegen deze achtergrond mag dan ook worden aangenomen dat het beroep op de WAO en het aandeel daarbinnen van psychische klachten tot op zeker hoogte gevolg is van wettelijke regelingen en een praktijk die in de loop van de jaren is ontstaan. Ook dat maakt dat het probleem niet op zich zelf gezien kan worden. De WAO is immers onderdeel van het geheel van de sociale wetgeving; psychische klachten zijn slechts een van de gronden voor verzuim en arbeidsongeschiktheid en dat laatste is slechts één van de 'uitgangen' uit het arbeidsproces. Dat betekent evenwel niet dat het een willekeurig proces betreft. Werkenden blijken in het algemeen psychisch gezonder zijn dan niet-werkenden⁹. Van de niet-werkenden leed 21,3% aan een stemmings- of angststoornis en 27,2 % aan stressklachten in het afgelopen jaar. In de WW/Bijstand-populatie was het 26,6 % en 33,8%; en in de WAO was het 31,7 % en 39,3%. Bij de werkenden populatie leed 14,2 % in het afgelopen jaar aan een angst- of stemmingsstoornis, en 22,4 % had stressklachten. Tegelijk blijken psychische klachten (stoornis of distress) niet alleen onder WAO'ers (52,2%) vaker voor te komen dan onder de beroepsbevolking in het algemeen (37,5%); ook onder cliënten in de WW of bijstand (52,9%) is er een hogere incidentie. Daarbij gaat het evenwel om een verschillend soort: zgn. middelen stoornissen (alcohol en drugs). In gevallen dat de diagnose 'psychisch' wordt gesteld, leidt dit

⁷ G. Hutschemaekers: 'Wordt Nederland steeds zieker?', blz. 329

⁸ Veerman e.a. (2000).

⁹ Nemesis-cijfers

zoals aangegeven relatief het vaakst tot instroom in de WAO (34,9%). Bij klachten aan het bewegingsstelsel is dit percentage 25,7%. Bij de WAO-instroom leiden psychische klachten eveneens relatief het meest tot volledige arbeidsongeschiktheid (73,8%; bewegingsstelsel 59% in 1999), en er is bij de categorie psychisch het hoogste percentage van toekenningen van WAO-aanvragen (87%; bewegingsstelsel 77,4%). Bovendien is de kans dat verzuim om psychische redenen overgaat in arbeidsongeschiktheid hoog; de 15% van 1 mln. personen aan het begin van de verzuimperiode is na één jaar ruim 30% van de 90.000 personen die de WAO instromen.

De spreiding van stoornissen over de bevolking is overigens niet gelijkmatig. Het percentage werkende vrouwen (18.7 %) met een angst- of stemmingsstoornis blijkt bijna tweemaal zo hoog als het percentage werkende mannen (11.0 %). Jongeren hebben een grotere kans op een stoornis dan ouderen. Opvallend is dat angst- en stemmingsstoornissen meer voorkomen onder laagopgeleide (22.6 %) dan onder hoogopgeleide (10.5%) werkenden. Op grond van de aanwezigheid van stress, kunnen we concluderen dat ongeveer 20 % van de werkenden last heeft van 'psychisch onwelbevinden' of 'distress'. Vrouwen hebben een wat hogere score op distress, al is het man/vrouw-verschil hier kleiner dan bij angst- en stemmingsstoornissen. Opmerkelijk is dat hoogopgeleiden relatief hoog scoren op distress terwijl zij juist lager scoren op angst- en stemmingsstoornissen.

Conclusie

De statistieken met betrekking tot de WAO en verzuim om psychische redenen geven een indruk van de omvang van het verschijnsel en van bepaalde kenmerken daarvan. Een helder afgebakend en positief ingevuld terrein is het niet; wat als 'psychisch' wordt benoemd zijn vaak gezondheids- en functioneringsproblemen waarvoor geen specifiekere etikettering bestaat. Achter de aanduiding psychische problematiek gaat vooralsnog een heterogene verzameling klachten schuil. De omvang van het probleem is bovendien mede gevolg van de wijze waarop de wetgeving is ingericht. Vandaar dat het gevaar bestaat dat het zonder meer terugdringen van het verschijnsel van verzuim en arbeidsongeschiktheid om redenen van psychische aard ertoe leidt dat de uitval van arbeid op andere gronden toeneemt. Het wegdefinieren of aanscherpen van criteria of wettelijke eisen biedt daarom weinig of geen perspectief.

Het risico is dat men alles uit de statistiek probeert af te leiden. De cijfers betreffen bovendien dezelfde personen in verschillende fasen die bij voortdurende van de problematiek in de tijd worden doorlopen. De kenmerken van het vraagstuk schuilen minder in de verschillende fasen dan in het verloop daartussen.

- Psychische problematiek is een verschijnsel dat deel uitmaakt van ontwikkelingen die in het algemeen de arbeidsparticipatie, de arbeidsongeschiktheid en de geestelijke volksgezondheid betreffen. Er kan niet gesproken worden van een zelfstandige groei van de psychische problematiek, noch wat de bevolking in het algemeen betreft, noch wat de arbeid betreft. Wel is er sprake van een aantal specifieke werkkenmerken (werksfeer, sociale ondersteuning, ongewenste omgangsvormen zoals agressie en geweld en seksuele intimidatie, geringe autonomie, en in geringe mate hoog werktempo) en kenmerken van de persoon (ouder dan 35 jaar; vrouw zijn, alleenstaand) die de kans op psychische problematiek c.q. arbeidsongeschiktheid vergroten. Dit staat naast de persistentie van de psychische arbeidsongeschiktheid en de categorieën (beroepen of sectoren) waar die problematiek zich het meest voordoet dienstverlening, onderwijs, gezondheidszorg).

- De eigenaard van de psychische problematiek zit vooral ook in de mogelijkheden van een aanpak die vooralsnog vooral gericht dient te worden op de gevolgen voor het functioneren bij gebrek aan een duidelijke relatie tussen oorzaak en gevolg, of oorzaak en therapie.

Deze voorlopige bevindingen en conclusies hebben een aantal implicaties voor de benadering van het vraagstuk en de oplossing.

- Het betreft een vraagstuk dat zich niet eenvoudig laat oplossen door het wegnemen van de oorzaken. Het belang van preventie niet te na gesproken, maar het zou opvallender zijn als, gegeven de stand van de geestelijke volksgezondheid, er geen probleem zou zijn rond de uitval uit arbeid. Het is niet iets wat verdwijnt. Het verschijnsel zal vooralsnog dan ook met de gevolgen als primaire ingang aangepakt moeten worden. Het enkel bestrijden van de gevolgen en symptomen biedt echter ook geen perspectief. Die gevolgen blijken uit cijfers, maar die bieden een statistisch vertekend beeld. De gevolgen zullen bestreden moeten worden, niet via de oorzaak maar via het verloop. De ontwikkeling zit in het verloop. Het gaat om reeksen en het verloop daartussen.
- Vandaar dat het verschijnsel geanalyseerd wordt aan de hand van een stroomschema. Daarbij bieden zich diverse invalshoeken aan, te weten: de verhouding tussen werkgever en werknemer, de keten van begeleiding en zorg en het verloop van de problematiek in de tijd binnen het wettelijk systeem van voorzieningen.

De problematiek vormt een onderdeel van het vraagstuk van volksgezondheid, de sociale zekerheid en van het bredere vraagstuk van voortijdige uitval uit het arbeidsproces van een substantieel deel van de beroepsbevolking. Dat zijn ten dele overlappende vraagstukken. Men kan het zelfs zien als onderscheiden benaderingen van dezelfde maatschappelijke problematiek. De benadering bepaalt echter ook het zicht op het probleem en daarmee de aard van de oplossingen die gezocht worden. Zo zullen bestuur en wetgever het probleem doorgaans vooral zien als een vraagstuk van sociale zekerheid en gezondheidszorg, als het al niet als een financieel probleem wordt gezien. De curatieve sector zal het vraagstuk daarentegen vooral zien als probleem van geestelijke gezondheidszorg, zonder oog te hebben voor het aspect van de uitval uit het arbeidsproces. Vanuit economisch en maatschappelijk oogpunt is nu juist de uitval uit het arbeidsproces het bepalende aspect en het gegeven dat een groeiend deel van de bevolking de aansluiting via dit arbeidsproces op maatschappelijke ontwikkelingen, dreigt te verliezen.

In- en uitstroomcijfers van de WAO wijzen er evenwel ook op dat de omvang van de verschillende stromen in niet geringe mate ook samenhangt met wettelijke regels en bedrijfsbeleid.

Oorzaak en probleem

Niet een gegeven, maar een proces

De arbeidsongeschiktheidswetgeving zoals die sinds de jaren zestig bestaat, is het resultaat van het samenvloeien van twee oudere ontwikkelingslijnen in de sociale wetgeving. Enerzijds gaat het om de al sinds de middeleeuwen gevoelde collectieve verantwoordelijkheid voor personen van wie niet verlangd kan worden dat zij door eigen arbeid in hun onderhoud voorzien.

Anderzijds betreft het het in de loop van de negentiende en twintigste eeuw gegroeide concept van aansprakelijkheid van werkgevers voor het verlies van verdiencapaciteit als gevolg van arbeidsongeval of beroepsziekte. De vermenging van die twee gedachtenlijnen ligt aan de basis van de groei van het beroep op de WAO sindsdien; beperkingen die eigen waren aan ieder van de invalshoeken vielen daarbij over en weer weg. De collectieve verantwoordelijkheid strekte niet verder dan de gevallen van kennelijke volledige arbeidsongeschiktheid (blind, lam of gek). De aansprakelijkheid van de werkgever bestreek weliswaar een breder spectrum aan klachten en gebreken, maar beperkte zich tot de gevallen waarin de werkgever de verantwoordelijkheid voor de oorzaken droeg. Ieder van die beperkingen verdroeg zich moeilijk met de combinatie van beide invalshoeken met als gevolg dat ze wegvielen in de wettelijke regeling.

Ook het denken over en het beeld van arbeidsongeschiktheid worden nog sterk bepaald door concepten die ontleend waren aan beide oorspronkelijke invalshoeken. Arbeidsongeschiktheid werd daarin nauw geassocieerd met een duurzame toestand als gevolg van een externe oorzaak die mensen als een noodlot trof; afwijking, ziekte of ongeval. Het bepaalt ook nu nog veelal het zoeken naar oplossingen. Dat is er op gericht het probleem tegen te gaan door de oorzaak in de arbeidssfeer weg te nemen. De preventie en de eventuele behandeling zijn daarbij vooral een kwestie van deskundigen; het betreft immers oorzaken van buiten die leiden tot objectieve beperkingen waar de betrokkene zelf niets aan kan doen. De ongeschiktheid ‘overkomt’ betrokkene zonder dat hij daar greep op heeft; dat vormt het uitgangspunt voor het verzekeren van het risico.

Hoewel het publiek debat over de WAO-problematiek doorgaans nog sterk wordt beheerst door bedoelde beelden, is in de afgelopen tien jaren een heel andere visie in de wetgeving geïntroduceerd. Arbeidsongeschiktheid is in die visie niet meer een lot wat iemand overkomt, maar een situatie die voorkomen of bestreden kan worden door de betrokken werkgever en werknemer. Dat rechtvaardigt dat beide ‘geprikkel’d worden om arbeidsongeschiktheid te voorkomen of tegen te gaan (Pemba, poortwachter). Ook als arbeidsongeschiktheid is vastgesteld, kan dit door de betrokkene worden bestreden en kan hij daartoe worden aangezet (WAO-gat, reïntegratie-inspanning). In die optiek is arbeidsongeschiktheid kortom niet langer een onvermijdelijk en duurzaam gevolg van ziekte of ongeval, maar veeleer de uitkomst van een proces en dynamiek die moeten worden doorbroken.

De bevindingen en conclusies van de commissie met betrekking tot de oorzaken, het ontstaan en de aanpak van de klachten, het verzuim en de arbeidsongeschiktheid om redenen van psychische aard vormen als het ware een brug tussen beide zienswijzen. Psychische klachten alsook verzuim en arbeidsongeschiktheid in verband daarmee worden enerzijds bepaald door persoonlijke kenmerken en omgevingsfactoren waar de betrokkene zelf vaak minder greep op heeft. Wanneer de combinatie daarvan tot psychische klachten leidt, is betrokkene doorgaans niet in staat om dat zelf te voorkomen of te bestrijden; in die zin betreft het nog steeds een lot wat mensen overkomt. Anderzijds blijkt uit onderzoek (Nyfer) en de praktijk bij bedrijven dat

met gerichte maatregelen en tijdige aandacht het langdurig verzuim en de uitstroom naar de WAO drastisch kunnen worden teruggebracht. Sterker nog; behoud van arbeid of werkhervatting vormen in veel gevallen een onderdeel van therapie en herstel. Dat desondanks in veel te veel gevallen psychische klachten wel tot arbeidsongeschiktheid leiden is gevolg van de wijze waarop dit thans wordt aangepakt en de inrichting van het proces van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Ten tijde dat de commissie werd ingesteld bestond er nog slechts beperkt inzicht in de aard en de mechanismen van het proces van verzuim, langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid. In de afgelopen anderhalf jaar is dat veranderd. De analyse die de commissie in juni 2000 voorlegde concentreerde de aandacht op de verschillende factoren en mechanismen die tezamen bewerken dat in veel gevallen psychische klachten bij gebrek aan tijdig en adequaat ingrijpen tot arbeidsongeschiktheid leiden. De conclusie in die analyse dat de kans daarop in belangrijke mate ook afhangen van de wijze waarop binnen een bedrijf vanaf het eerste moment het verzuim wordt aangepakt, werd sindsdien nader onderzocht in het Nyfer-rapport 'Enkeltje WAO'¹⁰. Tenslotte bracht de adviescommissie WAO eind mei haar rapport uit waarin het proces van ontstaan en aanpak van verzuim en het gebrek aan adequaat ingrijpen, werd aangewezen als bepalende factor bij het ontstaan van arbeidsongeschiktheid. Gegeven de informatie en analyses die in deze rapporten te vinden zijn, kan hier meer in het bijzonder de aandacht gericht worden op factoren en elementen die meer in het bijzonder een rol spelen bij het ontstaan en verloop van verzuim om redenen van psychische aard. Eerst wordt daarbij ingegaan op de statische elementen en factoren (persoon en omgeving), vervolgens op de mechanismen die het verloop van het proces bepalen en tenslotte op de factoren die daaraan richting en dynamiek geven.

Factoren en uitgangspunten

Persoonlijke kenmerken

Ook al krijgt men uit het publieke debat soms een andere indruk toch ontleent het proces van verzuim en eventuele arbeidsongeschiktheid zijn ontstaan en dynamiek in eerste instantie aan de persoon van de werknemer¹¹ die psychische klachten ontwikkelt welke gaan interfereren met zijn functioneren, en aan de wijze waarop daar door zijn omgeving (werk, thuis, sociaal) op wordt gereageerd. Zijn de klachten eenmaal ontstaan dan kunnen ze tot verzuim en ziekte leiden, en vervolgens tot reïntegratie, werkloosheid of ook tot al dan niet duurzame arbeidsongeschiktheid. Het verloop van het proces wordt mogelijk door anderen bepaald of door wettelijke mechanismen, maar het begint bij de werknemer die klachten ontwikkelt en bij de wijze waarop zijn omgeving daar op reageert.

Welke bijdrage persoon en omgeving onderscheidenlijk hebben aan het ontstaan van psychische klachten zal van geval tot geval verschillen. Dat beide aspecten een rol spelen, volgt uit het feit dat omstandigheden die bij de een tot psychische klachten leiden, dit bij andere allerm minst ook doen. Dat de klachten evenwel niet alleen maar van persoon afhangen maar ook van de omgeving volgt uit het gegeven die onder bepaalde omstandigheden met psychische klachten te kampen krijgt, onder andere omstandigheden heel goed kan functioneren. Dat

¹⁰ Nyfer (2001) 'Enkeltje WAO: De gebrekkige begeleiding van werknemers met psychische klachten tijdens het eerste ziektejaar', Nyenrode, Breukelen.

¹¹ In dit rapport wordt gesproken van werknemer hoewel duidelijk is dat de problematiek niet uitsluitend werknemers betreft, maar ook zelfstandigen of personen die diensten verrichten. In kwantitatieve zin gaat het echter in overwegende mate om werknemers. Vandaar dat in het belang van de leesbaarheid de term werknemer gebruikt wordt. Waar nodig wordt eventueel op de afwijkende situatie van anderen ingegaan.

persoonlijke kenmerken een rol spelen betekent evenwel niet dat er een schets te geven valt van de eigenschappen en karaktertrekken die psychische klachten waarschijnlijk maken. Daarbij dient niet onmiddellijk gedacht te worden aan zwakten of tekortkomingen; in de literatuur over de behandeling van een verschijnsel als ‘burn-out’ worden karaktertrekken die in het dagelijks leven als deugd beschouwd worden (perfectionisme, plichtsgetrouw, hard werken, toewijding en ambitie) in deze als boosdoener genoemd¹². Bovendien zal het niet alleen gaan om een of enkele bepaalde eigenschappen, maar mede om het verleden en de omstandigheden waaronder het karakter en de persoonlijke eigenschappen gevormd zijn. Vandaar dat het weinig vruchtbaar is om te proberen een algemene abstracte schets te geven van het type personen dat meer in het bijzonder vatbaar is voor psychische klachten. Maar dat de persoonlijkheid en de eigenschappen een rol spelen valt daarmee niet te loochenen.

Voedingsbodem

In het geval van ernstige psychische storingen speelt de omgeving geen of slechts een beperkte rol bij de ontwikkeling van psychische klachten. In de meeste gevallen zullen de klachten echter resultaat zijn van de wisselwerking tussen persoon en omgeving. Wat iemand aan ‘psycho-sociale belasting’ kan hebben wordt in belangrijke mate bepaald door de combinatie van aanleg, geestelijke en lichamelijke ontwikkeling (gezondheid, kennis en ervaring), de vrijheid en mogelijkheden die hij/zij heeft om met de belasting om te gaan en de steun die hij/zij ondervindt vanuit zijn/haar omgeving. ‘Belastbaarheid’ is niet uitsluitend een eigenschap van de persoon maar wordt in belangrijke mate mede bepaald door de (steun vanuit de) omgeving en de ruimte die omgeving biedt. Een persoon kan goed functioneren wanneer er evenwicht is tussen de gestelde eisen (het totaal van verplichtingen, problemen, en levensgebeurtenissen; de belasting) en zijn/haar belastbaarheid. De situatie is in balans. (NVAB, 2000)

De copingstijl - de wijze waarop wordt omgegaan met spanning en problemen van buitenaf - is van belang voor de hoeveelheid stress die iemand aankan. Coping verwijst naar de pogingen van een individu om aan de waargenomen eisen te voldoen. De effectiviteit van iemands coping bepaalt derhalve, naast andere factoren, iemands stressbestendigheid. Er wordt een probleemgerichte copingstrategie onderscheiden van een emotionele copingsstrategie. Probleem of taakgerichte coping poogt iets aan de stressbron zelf te veranderen. Emotiegerichte coping probeert emoties, spanningen en gedachten die door stress worden opgeroepen beter te hanteren. Het zoeken van sociale ondersteuning wordt ook wel als coping beschouwd. Sociale ondersteuning kan zowel een direct effect hebben op de eigen emoties als op verbetering van de situatie (NVAB, 2000).

In dit verband bestaat de omgeving uit veel meer dan alleen de werkomgeving. De klachten zullen slechts ten dele hun kiem vinden in de arbeid, de werksomstandigheden of de betrekkingen op de werkplaats. Psychische klachten hebben doorgaans ook niet één oorzaak; ze zijn multicausaal. Het is heel wel mogelijk dat werkgever en collega's geen of slechts een beperkte invloed hebben op het ontstaan van de klachten of dat problemen ‘op het werk’ slechts de druppel zijn die de thuis of elders ‘volgelopen emmer’ doen overlopen. Anders dan aan het begin van de eeuw levert het verrichten van betaalde arbeid in Nederland thans in de regel een positieve bijdrage aan iemands welbevinden. De werkomgeving kan dan ook niet alleen een oorzaak zijn psychische klachten, maar evenzeer een positieve factor bij het beheersen en bestrijden daarvan. Naarmate iemand met psychische spanning en problemen van elders in zijn werkomgeving begrip, begeleiding en bevestiging ontmoet, is het minder

¹² Zie bij voorbeeld ‘In dertig dagen uit je burn out’ van C. Karsten.

waarschijnlijk dat deze zich in verzuim of althans langdurige ziekte zullen vertalen. Omgekeerd geldt hetzelfde.

Arbeidsomstandigheden

Hoewel de arbeidsomgeving zeker niet de enige omgeving is die van invloed is op het ontstaan of tegengaan van psychische klachten, vormt arbeid een van de belangrijkste gemeenschappelijke elementen in de achtergrond van psychische klachten. Dat is zeker het geval waar in het geval van psychische klachten die leiden tot verzuim en arbeidsongeschiktheid. Daardoor vormt het ook het element dat het meest vatbaar is voor publiek beleid. Vandaar dat in dit kader meer in het bijzonder wordt stilgestaan bij de betekenis van arbeidsomstandigheden in het ontstaan van psychische klachten.

De aard van de belasting is in de loop van achterliggende eeuw ingrijpend veranderd. Aan het begin stond arbeid nog vooral in het teken van zware lichamelijke arbeid en was veelal gezondheidsbedreigend. Wie met het hoofd werkte rekende zich niet tot de arbeiders en ontving doorgaans ook geen loon, maar een honorarium. Aan het einde van de eeuw zijn de verhoudingen veranderd. Zwaar fysiek en gevaarlijk werk is vaak door automatisering en mechanisering verdwenen. Beeldschermwerk (43% van de werkenden), informatieverwerking, sociale contacten in het werk, flexibele opstelling hebben een grote vlucht genomen, niet alleen in de dienstverlening (71%), maar ook in industriële beroepen. Als gevolg van maatschappelijke veranderingen (individualisering, emancipatie, secularisatie) is arbeid bovendien veel belangrijker geworden als voorwaarde voor persoonlijke ontplooiing, maatschappelijk functioneren en participatie. Er is sprake van een verschuiving naar psychosociale arbeid. Het aantal mensen dat aangeeft lichamelijke zwaar werk te doen is tussen 1994 en 1998 gedaald van 20% tot 18%. Tegen die achtergrond is het te begrijpen dat overbelasting zich steeds vaker uit in de vorm van psychische werkdruk en stress; 'hoog werktempo of hoge tijdsdruk' en 'slechte onderlinge werksfeer', zijn factoren die de kans op psychische arbeidsongeschiktheid aanzienlijk vergroten ¹³.

Dat ondanks fundamentele verbeteringen op het terrein van arbeidsomstandigheden deze nog steeds kunnen leiden tot lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen is niet omstreden. Bij psychische klachten wordt de arbeidssituatie in bijna de helft van de gevallen geïdentificeerd als directe oorzaak van de klachten. Het gezegde dat van hard werken nog nooit iemand 'dood' is gegaan, is niet algemeen geldig; een voortdurende blootstelling aan lichamelijke en psychische werkbelasting kan leiden tot lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen. Dat hoeft niet onmiddellijk in verzuim uit te monden, maar kan heel wel eerst tot 'lichte' gezondheidsklachten leiden. Op den duur kan dat, indien geen adequaat herstel plaatsvindt, echter resulteren in verzuim en eventueel arbeidsongeschiktheid of werkloosheid. De arbeid, arbeidsomstandigheden, -verhoudingen en -voorwaarden in een bedrijf zijn bepalend voor de toegang tot arbeid, maar ook voor het ontstaan of het herstel van overbelasting van werknemers en de daaruit resulterende psychische stoornis.

Het inzicht in de gevolgen van de arbeidsomgeving op het ontstaan van psychische klachten is op tweeërlei wijze van belang voor het vraagstuk van verzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen. In de eerste plaats biedt het inzicht in de behandeling en het herstel van personen bij wie zich deze verschijnselen voordoen. Het biedt kortom houvast en richting bij de reactie in voorkomende gevallen, maar bestaande inzichten in persoons- en werkgebonden risicofactoren bieden geleidelijk aan ook meer concreet houvast om richting te geven aan preventie-activiteiten, ook al zijn 'harde' causale verbanden tussen blootstellingsfactoren en

¹³ Bron: Pols EPI vergelijking zoals opgenomen in AS/tri-Trimbos rapport, hfd. 4.

psychische klachten, verzuim en arbeidsongeschiktheid vaak nog schaars. Op basis hiervan ontstaat echter een begin van inzicht in risicofactoren en risicogroepen.

Als aanduiding van de psychische of psycho-sociale arbeidsbelasting wordt veelal gesproken van werkdruk. Het gaat daarbij niet alleen om de hoeveelheid werk die binnen een gegeven tijd moet worden uitgevoerd, de complexiteit daarvan, de verantwoordelijkheid of de tegengestelde eisen die het werk met zich meebrengt. Het heeft ook te maken met de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op het werk en de organisatie ervan ofwel de regel mogelijkheden in het werk (Houtman e.a. '99). Werkstress is een toestand waarin iemand verkeert, wanneer er geen evenwicht is tussen de eisen die aan de persoon gesteld worden en diens mogelijkheden om aan die eisen tegemoet te komen. Werkstress kenmerkt zich door veranderingen in lichamelijke processen (zoals toename hartslag, de bloeddruk, of de adrenalineproductie), veranderingen in gedrag (bijvoorbeeld toenemende irritatie, vijandigheid of gehaastheid, meer fouten gaan maken, maar ook meer ziekteverzuim) en veranderingen in emoties of gevoelens (angst, spanning etc.). Werkstress kan een gevolg zijn van werkdruk maar kan ook om andere reden ontstaan bijvoorbeeld door werkonzekerheid of een slechte werksfeer (Houtman e.a. '99).

In de nota over het arboconvenantenbeleid ¹⁴ wordt gesteld dat in 1996 en 1997 1,7 mln. werknemers regelmatig te maken hebben met te hoge werkdruk. In 1998 gaf een op drie werkenden aan regelmatig onder hoge tijdsdruk te werken. Dat zijn ruim 2 miljoen mensen. Het CBS berekende dat het werken in hoog tempo de afgelopen 20 jaar met 1,5 procent is toegenomen, en het werken onder hoge tijdsdruk tussen 1996 en 1998 jaarlijks met één procentpunt. Met werkstress is op zichzelf overigens niets mis. Wanneer het aanhoudt en er onvoldoende gelegenheid is voor herstel, zullen doorgaans evenwel chronische gezondheidsproblemen ontstaan, onder meer psychische klachten zoals spanningsklachten, klachten van depressieve aard, overspanning, angst of burn-out. Wanneer daarentegen wel tijdig voldoende herstel optreedt, kan er ook sprake zijn van een leer- of trainingseffect en een verbetering van de belastbaarheid (Houtman e.a. '99). Van de werkzame beroepsbevolking had 76% geen problemen met hoge werkdruk; bijna een kwart had echter wel problemen (6% regelmatig, 18% soms). Van degenen die problemen hebben met de werkdruk heeft 19% het afgelopen jaar een keer verzuimd, 17% bezoekt de huisarts, 5% de specialist en 8% het ziekenhuis (Van der Valk e.a. 1999).

Er bestaat op dit moment grote belangstelling voor de oorzaken van arbeidsongeschiktheid die aan arbeid en arbeidsomstandigheden zijn gerelateerd. In de Sociale Nota 2000 wordt geconstateerd dat er in veel branches en bedrijven nog onvoldoende geïnvesteerd wordt in preventieve maatregelen om arbeidsuitval te voorkomen. In het Regeerakkoord werd aangekondigd dat het arbobeleid op dit punt zal worden geïntensiveerd. Er zijn financiële middelen beschikbaar gesteld en er wordt gestreefd om door middel van convenanten streefcijfers voor de vermindering van belangrijke risicofactoren te realiseren; daaronder ook werkdruk (10% in de periode 1999-2004). Op dit moment zijn er in relatie tot de aanpak van psychische arbeidsbelasting inmiddels in zo'n 10 branches intentieverklaringen ondertekend om te komen een arboconvenant (nieuwe stijl). In die met de bouw, horeca, houthandel en timmerindustrie, onderwijs, rijksoverheid, thuiszorg, woningcorporaties, bankwezen, openbare bibliotheken en gemeenten heeft de intentieverklaring mede betrekking op de aanpak van werkdruk.

¹⁴ Nota 'Arboconvenanten nieuwe stijl: beleidsstrategie voor de komende vier jaren (1999-2002)'; Kamerstukken II, 1998-1999, 26 375, nr. 1.

De belangstelling voor werkstress en psychische klachten is vooralsnog groter dan het inzicht. Met name het inzicht in de invloed van werk- en persoonskenmerken voor het ontstaan van klachten en verzuim van psychische aard is beperkt. Hetzelfde geldt voor de effectiviteit van interventies. Het statistische materiaal is beperkt aanwezig of weinig toegankelijk (o.a. verzuimstatistieken) en 'harde' causale verbanden tussen blootstellingsfactoren en psychische klachten, verzuim en arbeidsongeschiktheid zijn nog schaars. Pas in recente tijd lijkt hier verbetering in te komen. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft in het afgelopen jaar een vergelijkend brancheonderzoek verricht naar de kansen op arbeidsongeschiktheid in onderscheiden bedrijfstakken. Daarnaast lopen binnen het meerjaren Prioriteit-programma Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie (van het NWO) op dit moment diverse onderzoeken die mogelijk meer licht kunnen werpen op de rol van werk- en persoonskenmerken als risicofactor bij de ontwikkeling van stress, herstel, psychische klachten en verzuim. Ten behoeve van haar werkzaamheden heeft de commissie psychische arbeidsongeschiktheid door het bureau AS/tri en het Trimbosinstituut een inventarisatie laten opstellen van de beschikbare gegevens.

Op basis van het beschikbare feiten materiaal laten zich wel een aantal risicofactoren en risicogroepen identificeren. Onderzoekers vonden een significant hoger verzuim bij werkenden met een hoog werktempo (alleen vrouwen), weinig autonomie, weinig sociale ondersteuning en diverse ongewenste omgangsvormen (agressie en geweld, seksuele intimidatie, mobbing e.d.)¹⁵. In dat verband blijkt het relevant om behalve psychiatrische stoornissen ook diverse psychische klachten (spanningsklachten, overspanning, burn-out) van elkaar te onderscheiden. De verschillende typen psychische klachten hangen samen met deels vergelijkbare en deels verschillende risicofactoren. Bij angst- en stemmingsstoornissen (volgens DSM) vinden onderzoekers geen verband met hoge taakeisen of werkdruk, maar wel met autonomie en sociale steun (van de leiding). Daarnaast worden ook minder werkzekerheid, deeltijdwerk, minder plezier in het werk, werken in ploegendienst en minder vereiste vakmanschap geassocieerd met het hebben van angst- en stemmingsstoornissen. Psychosomatische klachten of trauma's (Post Traumatisch Stress Syndroom) blijken behalve door incidenten als ongevallen volgens de onderzoekers ook te kunnen ontstaan door diverse ongewenste omgangsvormen zoals agressie en geweld, seksuele intimidatie, en systematisch dezelfde persoon pesten (mobbing). Dit ongewenst gedrag kan zich op het werk voordoen tussen een werkende en collega's, leidinggevende (intern), en/of publiek (extern).

De kans op 12-maandsziekteverzuim wegens psychische klachten neemt het meest toe door een slechte onderlinge werksfeer (3,6x) en hoge werkdruk, afhankelijk van de combinatie met gebrek aan regelmogelijkheden (2 á 4,5x). Dat blijken de twee belangrijkste risicofactoren. Een laag opleidingsniveau, een leeftijd ouder dan 35 jaar, vrouw zijn en een thuissituatie als alleenstaande vergroten de kans op langdurig verzuim ieder afzonderlijk met een factor 2 á 3 keer. Verder blijkt dat het type bedrijfssector waarin men werkt, en een leidinggevende positie op zichzelf geen verhoogde kans op 12-maandsziekteverzuim wegens psychische klachten geeft. Dit laat onverlet dat in verschillende branches een (relatief) hoog WAO-cijfer is. De zorgsector is bijvoorbeeld in vergelijking met andere sectoren een grote leverancier van psychisch arbeidsongeschikten, maar dit geldt ook voor verzuim om andere redenen. Voorts lijkt het hebben van kinderen eerder een beschermend effect te hebben op psychische arbeidsongeschiktheid dan dat het de kans daarop vergroot.

¹⁵ Van der Valk e.a. (1999) vonden voor enkele onderzochte bedrijfssectoren (industrie en bouwnijverheid, en commerciële dienstverlening) een verband tussen hoge (soms ook lage) werkdruk en meer (algemeen) ziekteverzuim.

Informatie over beroepen of bedrijfssectoren die een hoog risico op psychische klachten kennen is overigens zeer beperkt. Op basis van CBS-cijfers kan alleen voor het aspect ‘werken onder hoge tijdsdruk’ (een indicator van werkdruk) bepaald worden welke beroepsgroepen en bedrijfssectoren een relatief hoog blootstellingsrisico hebben. In dat verband blijkt dat er geen bedrijfstakken zijn die opvallen door een duidelijk lage werkdruk¹⁶, terwijl Van der Valk e.a. (1999) vaststellen dat van 1996-1998 de toename van de tijdsdruk het grootst was bij openbaar vervoer (9%) en de verpleeg- en bejaardenhuizen ook 9%.

De TOP 6 van sectoren met een bovengemiddeld hoge tijdsdruk (> 33%) is in 1998:

1. Openbaar vervoer	50%
2. Ziekenhuizen	44%
3. Grafische industrie	43%
4. Verpleeg- en bejaardentehuizen	41%
5. Reisorganisaties, Post en telecom.	41%
6. Zakelijke dienstverlening	40%

Van der Valk e.a. (1999) constateren op basis van een analyse van de CBS-arbeidsomstandighedenmonitor verder dat verschillen in beroep de beste verklaring geven voor verschillen in arbeidsomstandigheden d.w.z. een betere verklaring dan door factoren als de arbeidsrelatie (vast/niet-vast), arbeidsuren, werktijdenregeling, en soort bedrijf. Om die reden is het zinvol om op zoek te gaan naar risicogroepen binnen een bepaald beroep.

TOP 10 van beroepen met een bovengemiddelde hoge tijdsdruk (> 33%) is in 1998:

1. journalistiek (hoger)	65%
2. transport (hoger) zoals luchtverkeerleider, vlieger, treindienstleider	61%
3. economisch admin., techn. Bedrijfskundig (hoger) zoals organisatiedesk.	58%
4. transport, verzorgend (middelbaar), zoals steward, stewardess	58%
5. medisch, verzorgend (middelbaar), zoals ziekenverzorgende	58%
6. managers (wetenschappelijk)	55%
7. medische (wetenschappelijk), zoals arts	55%
8. juridisch, bestuurlijk (wetenschappelijk), zoals advocaat	55%
9. econom./administratief, administratief (wetenschappelijk), zoals accountant	54%
10. techn., bouwkundig (wetenschappelijk), zoals bouwkundig projectleider	54%

Er laten zich kortom op basis het beschikbare materiaal een aantal risicofactoren en risicogroepen identificeren. Het beeld dat daaruit naar voren komt, laat zien dat er sprake is van een geleidelijke verschuiving, zowel wat de bedrijfssectoren als de risicogroepen betreft. Het prototype werknemer met werkstress is thans: een goed opgeleide professional van boven de 35 jaar is, die in een of andere vorm van *dienstverlening* werkend met en voor mensen, afwisselend en verantwoordelijk werk heeft met veel beslissingbevoegdheid¹⁷. De sectoren die aanleiding zijn voor hoge arbeidsongeschiktheid reflecteren de transformatie van de economie in de afgelopen dertig jaren van fysieke- en industriële handarbeid naar immateriële dienstverlening en hoofdarbeid. De verschuiving van arbeidsongeschiktheidsrisico's wijst er echter tegelijk op dat die risico's niet een objectief gegeven zijn van een bepaalde productiewijze, maar beïnvloedbaar zijn. Bedrijfstakken die twintig jaren geleden een ‘bron’ van arbeidsongeschiktheid waren (bijv. de bouwsector) hebben de uitstoot met succes bestreden, terwijl sectoren die twintig jaren geleden nog nauwelijks bestonden nu de hoogste risico's kennen (uitzendbureau's en catering). Bezieet men daarnaast de verdeling van de

¹⁶ Van Veldhoven en Boersen (1999)

¹⁷ Van Veldhoven & Boersen (1999)

risico's binnen bedrijfstakken, dan komt daar een zeer ongelijkmatig verdeling tussen bedrijven, ook als het gaat om bedrijfstakken met een verhoogd risico. Dat wijst er op dat niet zozeer de bedrijfstak, als wel het individuele bedrijf primair bepalend is voor de ontwikkeling van arbeidsongeschiktheid.

De (veranderende) aard van arbeid en wijzigingen in de arbeidsorganisatie zijn derhalve een factor bij het ontstaan van arbeidsongeschiktheid, maar daarbij gaat het minder om algemene factoren als wel de specifieke kenmerken van de directe arbeidsomgeving. Er is steeds minder sprake van een één-op-één relatie tussen enerzijds ziekten, omstandigheden of gebreken en anderzijds arbeidsongeschiktheid. In steeds meer situaties blijken ziekte en arbeid heel wel te combineren. Bovendien kan in steeds meer gevallen de arbeid worden aangepast aan permanente of tijdelijke gebreken als gevolg van ziekte en ongeval, zodat bepaalde gebreken steeds minder een onvermijdelijk verlies van arbeid met zich meebrengen. Bovendien blijkt uit het Nyfer-onderzoek 'Een enkeltje WAO' dat met name ook de aanpak van het verzuim om reden van psychische aard en de begeleiding bepalend zijn voor de ontwikkeling van langdurig verzuim uitlopend in arbeidsongeschiktheid. Niet alleen de aard van de omstandigheden en de klachten, maar ook de aanpak daarvan is bepalend; niet alleen het *waarom* of *waardoor* is kortom van belang, maar ook *hoe* hij dat is geworden.

Behandeling en begeleiding

Behalve persoon en omgeving zijn begeleiding en behandeling van de klachten en het verzuim mede bepalend voor het voortduren van verzuim en het ontstaan van arbeidsongeschiktheid. Dat hangt in de eerste plaats af van de betrokkene zelf. De meeste werknemers die om psychische redenen verzuimen, ontvangen wel zorg. In vrijwel alle gevallen wordt de huisarts of de bedrijfsarts bezocht, zij het dat een groot deel van de verzuimenden om psychische redenen daarbij geen hulp zoekt voor de psychische problemen. Huisarts en bedrijfsarts vormen niet alleen het aanspreekpunt in geval van niet-DSM-diagnosticeerbare klachten, maar ook bij stemmings- of angststoornissen. In geval van stemmingsstoornis wordt in bijna de helft van gevallen de huisarts bezocht voordat het tot verzuim komt.

De werkgever is (indirect) eveneens betrokken bij behandeling en begeleiding. Sinds 1 januari 1998 is hij verplicht een gecertificeerde arbodienst in te schakelen. De bedoeling is dat werkgevers op die wijze de nodige deskundigheid inschakelen: een (geregistreerde) bedrijfsarts, arbeids- en organisatiedeskundige, veiligheidskundige en een arbeidshygiënist. De arbodienst is adviseur van het bedrijf, maar heeft een eigen wettelijke verantwoordelijkheid. Zij moet onder meer worden ingeschakeld bij de verzuimbegeleiding in het bedrijf; het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek; het toetsen en adviseren over de RI&E. Dit laatste - de risicoinventarisatie en -evaluatie (RI&E) - vormt de spil van het arbo- en verzuimbeleid en moet inzicht geven in gevaren en risicofactoren binnen een bedrijf. Sinds de invoering van de Arbowet '98 (1-11-'99) moet de RI&E tevens een plan van aanpak bevatten met maatregelen de werkgever en de termijn waarop deze worden getroffen. Ernstige risico's moeten direct worden aangepakt.

Huisarts en bedrijfsarts hebben een centrale rol bij de opvang en behandeling van psychische klachten. 90 tot 95% van de langdurig verzuimenden bezoekt de huisarts. Dat betekent niet dat de huisarts ook alle psychische klachten te horen krijgt. Uit onderzoek¹⁸ blijkt dat personen met psychische klachten die bij de huisarts komen zich meestal melden met een lichamelijke klacht. De huisarts moet daar dan de psychische klacht achter vinden. Op grond van de registratie door de huisartsen zou het in slechts 8.5% van alle contacten huisarts om psychische

¹⁸ Nivel (Verhaak, 1995)

problemen gaan¹⁹. Huisartsen verwijzen in veruit het grootste deel van de gevallen een overspannen werknemer niet door²⁰. Geschiedt dat wel dan is dat vooral naar de eerstelijnspsycholoog, vrijgevestigde psychotherapeut, Riagg of AMW, of naar de somatische zorg (met name de fysiotherapeut).

Arbodienst en bedrijfsarts spelen daarnaast bij de begeleiding van werknemers een belangrijke rol. In geval van langdurig verzuim is er in de meeste gevallen contact met de bedrijfsarts. Er is geen wachttijd, zij het dat in sommige minimale arbocontracten is bepaald dat de werknemer pas na een afgesproken aantal weken verzuim (bijvoorbeeld zes) de bedrijfsarts mag zien (vaak het geval bij bedrijven in het midden- en kleinbedrijf). De bedrijfsarts richt zich bij de verzuimbegeleiding op de werknemers die werkzaam zijn binnen de bedrijven waarmee men een arbocontract bestaat. Het contact wordt daarbij doorgaans gelegd naar aanleiding van de rapportage van de verzuimcontroleur; soms geschiedt het door verwijzing van een bedrijfsmaatschappelijk werker, een leidinggevende of personeelsfunctionaris. Andere hulpverleners verwijzen vrijwel niet direct naar de bedrijfsarts. Wel raden ze mensen aan om naar de bedrijfsarts te gaan, maar er heeft in dat geval geen contact plaats tussen verwijzer en verwijsadres.

De rol van de overige hulpverleners is beperkt. Het gaat daarbij om het algemeen maatschappelijk werk (AMW), bedrijfsmaatschappelijk werk (BMW), eerstelijns psychologen of de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In geval van verzuim en zeker bij langdurig verzuim, wordt er over het algemeen gebruik gemaakt van zorgvoorzieningen. Maar daarbij gaat het om andere instanties dan die van de geestelijke gezondheidszorg. In slechts 20% van de gevallen van langdurig verzuim om psychische redenen wordt een beroep gedaan op de GGZ. Mogelijk is dit gevolg van het feit dat het grootste deel van hen niet voldoet aan een DSM-diagnose zoals angst- of stemmingsstoornissen, die in de meeste GGZ-instellingen worden gehanteerd in de indicatiestelling. Maar ook wie daar wel aan voldoet wordt niet per definitie ook behandeld in de gespecialiseerde GGZ. Met name voor angststoornissen (vooral enkelvoudige fobieën) werd in veel gevallen geen gespecialiseerde GGZ-hulp gezocht. Van WAO'ers met een angst of stemmingsstoornis blijkt slechts eenderde in behandeling te zijn geweest in de gespecialiseerde GGZ.

Ondanks de voorgeschreven arbodienstverlening en de beschikbare voorzieningen voor hulpverlening doen zich bij de behandeling en begeleiding een aantal wezenlijke knelpunten voor. Een structureel knelpunt daarbij is dat beide - arbo-benadering en de sociaal-medische begeleiding - naast elkaar staan ook wat het signaleren van knelpunten betreft. Vooralsnog gaat het om gescheiden circuits ondanks het feit dat de ervaring uitwijst dat een succesvolle bestrijding van verzuim en gezondheidsklachten een complementair functioneren vergt.

Eerder werd met betrekking tot de rol van arbeidsomstandigheden voor het ontstaan van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid gewezen op de betekenis van de aanpak door arbodiensten van het verzuim. De inzet op dat punt hangt echter in hoge mate af van de waarde die daaraan binnen afzonderlijke bedrijven aan wordt gehecht. Bepalend daarvoor is de betrokkenheid van bedrijfsleiding. Daar schort het veelal aan. De arbeidsomstandigheden worden niet als wezenlijk beschouwd met als gevolg dat Arbo en verzuim-prestatieindicatoren niet als strategisch management instrument worden gezien en als onderdeel van het bedrijfsbeleid. RI&E's worden dan al gauw als 'ellende' lijst ervaren. Daar komt bij dat psychische problematiek bij zowel werkgevers als arbodiensten nog onvoldoende erkenning vindt als gezondheidsklacht. De risico's van psychische belasting komen weinig of niet aan de

¹⁹ De Rijk et al., 1999

²⁰ Schröer (1993)

orde in de RI&E. Het inzicht daarin wordt slechts beperkt gevoed vanuit de sociaal-medische begeleiding en de neiging is groot om psychische problemen aan individu of privé-omgeving toe te schrijven. Een apart aspect is de rol van leidinggevend en het management bij gezondheidsklachten. Hun rol bij het vroegtijdig signaleren van klachten en de aanpak van psychische overbelasting is vaak ook passief en volledig afhankelijk van signalen van de arbodienst.

Overigens is ook de werknemer, individueel of collectief, onvoldoende actief betrokken. Op het spreken over problemen rust nog veelal een taboe, hoewel het scheppen van een opening voor gesprek voor alle partijen meer perspectief biedt dan verzuim.

Een ander knelpunt is de scherpe scheiding die meestal in bedrijven wordt ervaren tussen individuele en collectieve sfeer; zowel als het gaat om signalering als om interventies. Cijfers over gezondheid, verzuim en verloop worden nauwelijks gebruikt als signalen met betrekking tot het functioneren van de organisatie van het werk en arbeidsverhoudingen. Beschikbare instrumenten (bijv. koppeling RI&E en PAGO) blijven daardoor onderbenut. Signalen over de gezondheid van het individu van de bedrijfsarts worden slechts bij uitzondering gekoppeld aan signalen over de inhoud en organisatie van het werk; de interventies richten zich op het individu, het concrete verzuim en het gebleken risico. In dat verband laten ook de professionaliteit en kwaliteit van arbodienstverleners te wensen over. Daardoor blijven de mogelijkheden om een relatie te leggen tussen signalen van individuen en de inhoud en organisatie van het werk vaak nog gebrekkig benut.

Meer in het algemeen is er een tekort aan kennis over de aanpak van psychische problematiek; de herkenning van risico's; de beschikbare (doeltreffende) interventies; de aanpak van werkdruk; de ontwikkelingen in de arbeidsomstandigheden; de belastende factoren en de beschikbaarheid van werkdruk/werkstress-instrumentarium voor psychische problematiek. Evenzo is er weinig kennis over 'best-practices' en kennis die wel beschikbaar is, is veelal niet branche-specifiek. Ook is er weinig inzicht in de succes- en faalfactoren bij werkdruk/werkstress-interventies²¹. Tenslotte is er een gebrek aan ervaren arbodienstverleners en binnen de arbodiensten is er een gebrekkige terreinafbakening en samenwerking tussen bedrijfsartsen en A&O'ers. Overigens zijn kennis en inzicht vaak niet minder gebrekkig bij de sociaal medische begeleiding. Zo kent informatie over oorzaken en best-practices bij het omgaan met psychische klachten een lage verspreiding. Er is geen eenduidigheid in begeleiding en behandeling en de werkwijze en protocollen voor herkenning van psychische problematiek in de eerstelijns (bedrijfsarts, huisarts ELP, AMW/BMW) behoeven meer bekendheid en afstemming.

Verloop van het proces

Dynamiek met drie drijvende krachten

Aantallen, tekortkomingen bij de zorg en werkdruk vormen afzonderlijk en tezamen geen afdoende verklaring van de omvang van het beroep op de WAO en het aandeel daarbij van de diagnose psychische klachten. De aantallen bieden slechts een dwarsdoorsnede van de problematiek op een gegeven moment in verschillende fasen van het proces van verzuim naar arbeidsongeschiktheid. Zij bieden echter geen verklaring van het proces; de evolutie van de aantallen mensen met klachten, verzuim en ziekte. Waarom ontwikkelen mensen onder bepaalde omstandigheden klachten? Waarom ontwikkelen die klachten zich bij bepaalde

²¹ Vaas e.a. '99, Houtman e.a. '99

mensen tot verzuim, bij anderen niet? Het verzuim wordt soms langdurige ziekte terwijl anderen weer naar hun werk terugkeren. Sommige krijgen na een jaar verzuim aanspraak op een WAO-uitkering; anderen zijn aangewezen op de WW en uiteindelijk de bijstand. Dat daarbij de uitvoering van de WAO en de toelatingskeuring de belangrijkste verklarende factor voor dit proces vormt, overtuigt minder gelet op het feit dat al na drie maanden de samenstelling van de populatie langdurig verzuimenden sterke overeenkomsten vertoont met die welke na een jaar tot de WAO wordt toegelaten. Het suggereert dat het proces van selectie praktisch al veel eerder plaatsvindt dan het moment van keuring. Het ziekteproces zelf genereert daarbij psychische klachten in die zin dat personen die hun verzuim aanvankelijk met andere oorzaken motiveerden na verloop van het ziektejaar vaak ook psychische klachten aanvoeren als reden van arbeidsongeschiktheid.

Niet de factoren die op een gegeven moment spelen, maar de ontwikkeling van klachten tot arbeidsongeschiktheid en eventueel daarna naar reïntegratie kunnen houvast bieden bij het vinden van een oplossing. De problematiek laat zich immers niet oplossen door de aantallen op een bepaald punt te reduceren, maar door greep te krijgen op het proces en dat om te buigen. In dat verband wordt met proces bedoeld: de gang van het ontstaan van klachten resulterend in verzuim, langdurige ziekte, en eventueel arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of reïntegratie. Een juist begrip van het verschijnsel vergt dan ook inzicht in de factoren en mechanismen die de dynamiek bepalen van de ontwikkeling van klachten naar verzuim, naar langdurige ziekte, naar WAO, reïntegratie of permanente uitval van arbeid. Vanuit de optiek van een proces en ontwikkeling is de oplossing immers niet eenvoudig een kwestie van meer, betere en snellere zorg en begeleiding. Centrale vraag is waarom bij alle verantwoordelijkheden, mechanismen en prikkels het systeem zich niet zelf corrigeert bij disfunctioneren. Verbetering vergt dan ook nadere toetsing van het functioneren van het bestel in de praktijk.

Beschouwt men het proces nader dan is er niet sprake van slechts één factor van dynamiek; er zijn er tenminste drie. In de eerste plaats is er het proces van ontstaan en ontwikkeling van de klachten. In het geval van psychische klachten en de gevolgen daarvan voor het functioneren op een arbeidsplaats, is dat niet een uitsluitend individueel proces maar gaat het om een wisselwerking met de arbeidsomgeving; zowel in positieve als negatieve zin. Dat geldt ook voor de verdere evolutie van de klachten en de gevolgen daarvan voor het functioneren. Arbeid, zeker als het geen zelfstandige arbeid betreft, wordt niet alleen en autonoom verricht, maar in samenhang met anderen; een werkgever, collega's en een arbeidsomgeving. Die zijn mede van invloed op het ontstaan van klachten en verzuim en worden voor herstel en terugkeer naar normaal functioneren van steeds grotere betekenis. De houding en ontwikkeling bij werknemer en werkgever, en de evolutie van hun onderlinge relatie vormen derhalve een eerste drijvende kracht in het proces van klachten, verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Wanneer de klachten het functioneren gaan belemmeren, zal in de regel hulp worden gezocht bij de huisarts, de bedrijfsarts, de Riagg of andere zorgverleners. In de praktijk blijkt het aantal mensen dat eigener beweging hulp zoekt voor het moment dat de klachten zich ontwikkelen tot verzuim, relatief beperkt (ca 10%). Daar tegenover staat dat er ook velen zijn die op regelmatige basis zorg en hulp krijgen zonder dat hun klachten tot verzuim leiden. Wanneer evenwel verzuim optreedt, dan is het zoeken van hulp en zorg doorgaans niet meer een kwestie die primair afhangt van de betrokken werknemer. In het voorgaande zijn de elementen daarvan beschreven. Wanneer eenmaal hulp is gezocht, schept dit een eigen dynamiek langs de onderscheiden fasen van de 1^e en 2^e lijnshulp en via specialisten. In het gunstigste geval mondt die dynamiek uit in genezing, althans in het leren leven met de klachten. Die zorgketen vormt een tweede element van dynamiek.

Een derde factor van dynamiek is gelegen in de tijdsklok die gaat lopen in het kader van de juridische regels en sociale voorzieningen, vanaf het moment dat problemen aanleiding geven tot verzuim en uitval uit het arbeidsproces; een proces dat kan eindigen in WAO, WW of bijstand. Bij het doorlopen van dat proces schuift betrokkene langs diverse instanties: arbodienst, UVI's, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, reïntegratiebedrijven, enz. Het gaat in dit laatste geval zelfs om meer dan een dynamiek; de wetgever heeft via de verdeling van verantwoordelijkheden, prikkels en rechten getracht een stelsel en mechanisme in het leven te roepen waarbij door de interactie tussen de verschillende actoren met hun onderscheiden belangen een optimale uitkomst als het ware 'door een verborgen hand' verzekerd moet worden. Zeker ten aanzien van deze laatste dynamiek dient dan ook het functioneren van het bestel als geheel beschouwd te worden.

In het proces van ontstaan en ontwikkeling van psychische klachten kunnen drie fasen worden onderscheiden: het ontstaan van het verzuim, de ontwikkeling van klachten tot arbeidsongeschiktheid en de toetreding tot de WAO alsmede de reïntegratie daarna. In ieder van de fasen is ook een andere dynamiek bepalend. In de eerste is de verhouding werkgever-werknemer vooral bepalend; in de tweede is de dynamiek van de hulpverlening thans vooral bepalend terwijl in de derde fase bepaalt de wettelijke regeling de dynamiek. In ieder van die fasen moet het verloop en het functioneren van actoren en voorzieningen aan een ander criterium getoetst worden. In de eerste fase is dat in hoeverre verzuim voorkomen wordt; in de tweede is dat in hoeverre verzuim wordt beperkt en werkhervatting wordt bevorderd, en in de derde fase is dat in hoeverre arbeidsongeschiktheid wordt voorkomen onderscheidenlijk reïntegratie wordt bevorderd. In het licht van die criteria kunnen in ieder van die fasen tekortkomingen en knelpunten gesignaleerd worden. De onderlinge wisselwerking tussen de verschillende drijfveren binnen het kader van de wettelijke inrichting van het proces vormt echter de belangrijkste motor van het proces van instroom in de WAO.

Het ontstaan van klachten

Karakter en omgeving zijn bepalend voor het ontstaan en de ontwikkeling van klachten en verzuim om psychische redenen; zowel in positieve als in negatieve zin. In de recentelijk gepubliceerde richtlijn voor psychische klachten van de bedrijfsarts wordt aangegeven dat voor de werkende het verlies van controle over de interactie met de omgeving als oorzaak moet worden beschouwd van veel psychische en psychosociale problemen. In het niet hervinden van die controle op omgevings- en individueel niveau ligt een belangrijk risico voor chronische problemen. Het aangaan van de confrontatie met de werkomgeving, eventueel onder begeleiding, is een actieve manier van omgaan met de ontstane situatie. Verzuim kan in die zin een vermijdingsreactie zijn.

De beschikbare informatie over risicofactoren en wat er inmiddels aan maatregelen is getroffen om werkdruk en stress tegen te gaan, moet geconcludeerd worden dat de preventieve aanpak op dat punt nog onvoldoende is. Gezien de groei van de groep werknemers die geconfronteerd wordt met een hoge werkdruk is preventie van groot belang. Daarbij dient het evenwel niet alleen om werkdruk te gaan, maar moet ook rekening gehouden met andere risicofactoren zoals gebrekkige autonomie of regelmogelijkheden, weinig sociale ondersteuning c.q. slechte onderlinge werksfeer en ongewenste omgangsvormen (als agressie en geweld, seksuele intimidatie en systematisch dezelfde persoon pesten). Met name weinig sociale ondersteuning, slechte werksfeer en ongewenste omgangsvormen zijn van belang voor preventie van psychische klachten, verzuim en arbeidsongeschiktheid door arbeidsconflicten. Arbeidsconflicten worden relatief vaak als reden van psychische arbeidsongeschiktheid

genoemd (24%). Verzuim wordt dan vaak een vermijdingsreactie bij het niet hervinden van controle over de interactie met de omgeving.

De voor een effectieve preventie noodzakelijke informatie, bij voorbeeld inzake beroepen en branches met verhoogd risico of inzake verzuim en blootstelling aan risicofactoren, schiet veelal te kort. Geaggregeerde verzuimgegevens zijn van cruciaal belang om hoog risicobranches en beroepen te kunnen identificeren, maar de beschikbaarheid, kwaliteit en vergelijkbaarheid vormt thans een knelpunt. Het vroegtijdig signaleren van psychische klachten en effectieve preventie vergen voorts een nauwe samenwerking door de preventieve aanpak sterker dan nu te koppelen aan een sociaal medische benadering. Door psychische problemen en -klachten vroegtijdig op te sporen, met behulp van bij voorbeeld periodiek onderzoek van groepen werknemers en het spreekuur van de bedrijfsarts en huisarts, kan er een veel gericht preventieve aanpak ontwikkeld worden voor zowel individuen, afdelingen als organisaties. Arbodiensten staan evenwel nog aan het begin van die ontwikkeling. De geprotocolleerde sociaal medische begeleiding door de bedrijfsarts op basis van de NVAB-richtlijn biedt mogelijk een beter perspectief. Daarnaast is een betere verankering van het arbo- en verzuimbeleid in het personeels – en HRM-beleid van ondernemingen noodzakelijk is voor een effectiever arbo- en verzuimbeleid. De betrokkenheid van bedrijfsleiding bij het arbo- en verzuimbeleid en het zicht op de kwaliteit van de arbodienstverlening schieten in te veel gevallen te kort.

Cruciaal voor een preventieve aanpak van psychische klachten is de geringe acceptatie en implementatie van een organisatie gerichte aanpak van het arbo- en verzuimbeleid en van psychische problemen in het bijzonder. De praktijkvoorbeelden dat een dergelijk aanpak kan werken zijn er, toch is er in de praktijk nauwelijks sprake van. Met de beschikbare kennis en instrumenten kunnen arbodiensten een behoorlijke diagnose stellen over het functioneren van een organisatie maar de deskundigheid en vaardigheden die nodig zijn om deze in structurele oplossingen en organisatorische veranderingen om te zetten. Dat vergt inschakeling van A&O-deskundigheid en een effectieve combinatie daarvan met de bedrijfsarts. Arbodiensten beginnen zich pas geleidelijk aan deze behoeften aan te passen.

Het ontstaan van verzuim

Psychische klachten leiden niet per se tot verzuim. Er is sprake van een drempel. De afweging om en wanneer te verzuimen wordt door iedere werknemer op een eigen manier gemaakt. De beslissing om zich ziek te melden is vaak mede een vorm van omgaan met problemen. Maar in het geval van psychische klachten biedt verzuim van langere duur beperkt een oplossing; de problemen die de balans naar verzuim hebben doen omslaan worden daarmee immers niet weggenomen terwijl de drempel om vanuit het verzuim weer aan het werk te gaan, met de duur daarvan oploopt. Kortdurend psychisch verzuim dreigt dan vanzelf langdurig verzuim te worden als er niets gebeurt. Dat laatste is doorgaans het geval omdat uitgangspunt wat eventuele actie betreft, is dat de zieke werknemer zelf zijn belangen behartigt. In geval van psychische klachten is dat echter vaak problematisch; verzuim is vaak een signaal van een behoefte om hulp.

Bij de aanpak van verzuim en de achterliggende klachten ligt de nadruk op de individuele oorzaken. Die aanpak is te beperkt. Een doeltreffende aanpak vergt een tijdige herkenning van de klachten nodig alsmede een werkzame behandeling en voldoende toegankelijkheid daarvan. Het begint met de kwaliteit van de probleemherkenning en diagnostiek of probleemanalyse in de eerste lijn (de huisarts en/of de bedrijfsarts). Daar schort het in de praktijk aan. De tijdige herkenning van psychische klachten wordt extra belemmerd door het beperkte of afwezige

contact tussen het bedrijfs-, curatief en GGZ- circuit. Vervolgens is de kwaliteit van de indicatiestelling en verwijzing bepalend. Bovendien laat slechts een deel van de klachten zich bevredigend diagnostiseren, en hoewel er een aantal werkzaam gebleken behandelingen is, is van een één op één relatie geen sprake. Bij deze klachtgerichte aanpak bestaat evenwel weinig of geen aandacht voor de mogelijkheden van werkhervatting. Verwijzing heeft bovendien alleen zin als deze interventies inderdaad beschikbaar zijn voor degenen die mogelijk baat zouden kunnen hebben. Hoe langer verzuimende werknemers buiten het arbeidsproces staan, hoe moeilijker het wordt om terug te keren. Een omslagpunt ligt rond de drie maanden verzuim; daarna wordt het voor betrokkene veel moeilijker om het werk te hervatten. Voor werkhervatting bestaat in de praktijk echter maar zeer beperkt aandacht. De mogelijkheden worden slechts in het kader van arbodienstverlening gezien; slechts in een beperkt aantal gevallen wordt aangepast of minder werk overwogen en de inspanningen van de werkgever daarbij worden wisselend beoordeeld.

Of de cliënt inderdaad de interventies ontvangt hangt samen met de zorgbehoefte en therapietrouw van de cliënt. Indien dat al het geval is, is de kwaliteit van de uitvoering nog van belang. Want ook als een werknemer de voorgeschreven interventie krijgt, is dat nog geen garantie dat de behandeling ook voldoet aan de 'state of the art'. Gebrek aan transparantie vormt een belangrijk knelpunt: er is onvoldoende zicht op de kwaliteit van de hulpverlening zoals die in de praktijk wordt uitgevoerd. Vrijwel alle zorginstellingen zijn zeer terughoudend in het geven van inzicht in het werkelijk behaalde effect van hun behandeling. Dat betekent in de praktijk dat de consumenten - werknemers, werkgevers en verwijzers - niet goed een keuze kunnen maken tussen de ene of de andere hulpverlener. Dit gebrek aan transparantie geldt overigens niet alleen voor de curatieve sector, maar ook voor de arbodiensten.

De beschikbaarheid van de curatieve sector is voorts beperkt. Iedere voorziening heeft specifieke knelpunten. Bottleneck bij de huisarts is de hoge werkdruk. Daarnaast is er een financiële drempel: begeleiding van psychische klachten kost tijd. Voor gesprekken over psychische klachten leent zich het standaard 10 minuten consult niet. Op dit moment betalen verzekeraars deze extra tijd niet. De beschikbaarheid van de eerstelijnspsychologen (e.l.p.) wordt vooral bepaald door de wijze van financiering. Op dit moment wordt de e.l.p. betaald uit het aanvullende deel van de ziektekostenverzekeringen. Met andere woorden: een deel van de werknemers is daarvoor niet verzekerd. Maar dat is niet de enige drempel. Zelfs al zouden verzekeraars de e.l.p. opnemen in het verplichte deel van de ziektekostenverzekering (de positie van de e.l.p. wordt dan vergelijkbaar met die van de fysiotherapeut), dan is het aantal van ruim 800 eerstelijnspsychologen te laag om de vraag aan te kunnen. De rol van het maatschappelijk werk (AMW) wordt vooral beperkt door de wachtlijsten en daarnaast door onvoldoende kennis en vaardigheden voor het uitvoeren van therapeutische gesprekstechnieken. Voor de beschikbaarheid van de gespecialiseerde GGZ vormen vooral de wachttijden een drempel. Ook belangrijk in dit verband is het beperkte gebruik door de eerstelijns van de gespecialiseerde GGZ voor consultatie bij de diagnostiek.

De herkenning van psychische problemen in de curatieve sector is daarnaast een knelpunt. Uit onderzoek²² blijkt bij voorbeeld dat van alle mensen met een depressie die de huisarts bezoeken, de huisarts bij slechts ongeveer de helft ontdekt dat ze somber zijn en slechts bij een kwart de diagnose depressie stelt. De herkenning wordt vooral bemoeilijkt doordat veel mensen hun psychische klachten niet als klacht presenteren. Ongeveer de helft van de patiënten met een depressie bezoekt de huisarts vanwege een somatische klacht. Daarnaast is het mogelijk dat achter klachten die in eerste instantie doen denken aan stressgerelateerde

²² Spijker & Donker, 1998

aandoeningen bijvoorbeeld een stemmings- of angststoornis schuil gaat (Terluin, 1996). Wanneer de huisarts wel een juiste diagnose stelt is vervolgens van belang dat hij op de hoogte is van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van het aanbod van mogelijke hulp in de regio. Die kennis is doorgaans zeer beperkt. De verbetering van de regionale samenwerking is het onderwerp van verschillende regionale pilots. Maar ook als verwezen wordt is daarmee niet gewaarborgd dat tijdig een behandeling beschikbaar is. Gebleken is²³ dat bij Riagg-behandeling er tussen aanmelding en start van de behandeling in 60% van de gevallen meer dan een maand lag en in 15% van de gevallen zelfs meer dan drie maanden.

In het half jaar rond de ziekmelding bezoekt de werknemer vrijwel standaard twee hulpverleners: de huisarts en de bedrijfsarts. In het licht hiervan is het contact tussen de beide hulpverleners van cruciaal belang. In de praktijk is dat contact er vrijwel niet. En als het er al is, dan is het 'voor verbetering vatbaar' (Van Amstel & Buijs, 1998). Dat geldt overigens ook voor het contact tussen de bedrijfsarts en de gespecialiseerde GGZ (Amstel & Buijs, 2000). Factoren die daarbij een rol spelen is de perceptie in de curatieve sector is dat de bedrijfsarts een afhankelijke positie heeft ten opzichte van de werkgever²⁴. Daarnaast is er ook sprake van een financiële drempel voor de samenwerking: de huisartsen en andere hulpverleners in de curatieve sector krijgen tot op heden geen financiële vergoeding voor het overleg met de bedrijfsarts. Tenslotte is de hoge werkdruk in beide sectoren een drempel voor samenwerking en overleg. Met name in de eerste fase van probleemanalyse wrekt zich het gebrek aan contact tussen beide beroepsgroepen. In de praktijk maakt ieder - huisarts en bedrijfsarts - onafhankelijk van elkaar en ieder op grond van onvolledige informatie een probleemanalyse. Zo is het mogelijk dat iemand via de huisarts een serie van somatisch (bloed-)onderzoek krijgt, terwijl de belangrijkste oorzaak vooral gelegen is een conflict tussen de werknemer en zijn leidinggevende. Anderzijds is het mogelijk dat de bedrijfsarts samen met de werknemer een onhaalbaar werkherlevingsplan maakt, omdat de onderliggende angststoornis ten onrechte niet wordt aangepakt. Gebrek aan contact tussen huisarts en bedrijfsarts beperkt de mogelijkheid om het dubbele gevaar van een onvolledige probleemanalyse en van medicalisering en onderbehandeling tegen te gaan. Het gebrek aan contact leidt er vervolgens toe dat het lang kan duren voordat duidelijk wordt dat de probleemanalyse onjuist was. Het gebrek aan contact tussen de curatieve sector en de arbodienst wrekt zich ook in de afstemming van behandeling en werkherleving. Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat huisarts en bedrijfsarts tegenstrijdige werkherlevingsadviezen geven.

In het ideale geval wordt werkherleving geïntegreerd in de curatieve behandeling van de klachten. Daarbij worden de klachten eerst zodanig verminderd dat gedeeltelijke werkherleving mogelijk is. De wisselwerking tussen de klachten en het hervatten kan worden gebruikt in de behandeling. Wanneer als gevolg van de werkherleving de psychische klachten tijdelijk verergeren kan daar in de behandeling aandacht aan worden besteed. Bijvoorbeeld door te analyseren welke aspecten van het werk die klachten veroorzaken en hoe de werknemer daar mee om zou kunnen gaan. Dit kan hernieuwd verzuim voorkomen. Andersom kan werkherleving in de behandeling worden gebruikt als gezondmakende factor, als een middel om het doel (klachtenvermindering) te bereiken. Wanneer behandelaars in de curatieve sector geen aandacht blijven hebben voor het werk en werkherleving missen ze deze mogelijkheden om hun interventie doeltreffender te maken.

²³ Bijl et al. (1994)

²⁴ Amstel & Buijs, 1998; Schoemaker & Bijl, 1996

WAO-instroom en reïntegratie

De overgang van middellang ziekteverzuim naar langdurige arbeidsongeschiktheid en WAO-instroom wordt slechts ten dele bepaald door de ernst van de klachten, ook in het geval van psychische klachten. Zo stelt Terluin vast dat bij surmenage de mate van herstel nauwelijks verband hield met de duur van het ziekteverzuim: sommige patiënten waren op een bepaald moment weer volop aan het werk ondanks het feit dat hun klachten niet of nauwelijks verbeterd waren, terwijl anderen nog in de ziektewet bleven ondanks het feit dat hun klachten (bijna) verdwenen waren (Terluin, 1990). Uit onderzoek bij werknemers met middellang ziekteverzuim wegens rugklachten bleek, naast de algemene gezondheidsbeleving en pijnklachten, tevredenheid met het werk, opleiding en kostwinnerschap ook samen te hangen met werkhervatting voor het einde van het ziektewetjaar (Van der Giezen en Veerman, 1997). Hieruit kan geconcludeerd worden dat herstel van klachten alleen in veel gevallen niet voldoende is om te voorkomen dat kortdurend verzuim overgaat in langdurig ziekteverzuim en wellicht WAO-instroom. Naast individuele factoren spelen daarbij factoren die verweven zijn met de wijze van behandeling, begeleiding, beoordeling en inkomensvoorziening.

De (wettelijke) regelgeving met bijbehorende procedures en verantwoordelijkheden gaat uit van de gedachte dat betrokkenen er naar streven om zoveel mogelijk het verzuim te voorkomen, te bekorten en bij langer durend ziekteverzuim reïntegratie maatregelen te treffen om WAO-instroom te voorkomen. Indien instroom in de WAO toch plaatsvindt, zouden alle gelegenheden voor herstel en reïntegratie aangegrepen moeten worden. Dat bij de doelmatigheid van het wettelijk stelsel in dit opzicht grote vraagtekens geplaatst kunnen worden, behoeft inmiddels minder betoog. Het gaat daarbij niet om een probleem die specifiek is voor personen met psychische klachten. De adviescommissie WAO komt in haar rapport ‘Werk maken van arbeidsgeschiktheid’ tot de conclusie dat het systeem meer in het algemeen als een fuik werkt, waar mensen bij gebrek aan weerstand in gezogen worden. Wanneer het verzuim enkele maanden geduurd heeft gaan geleidelijk alle ‘signalen’ richting WAO staan. Gevolg is dat de instroom in de WAO onnodig hoog is bij gebrek aan een tijdige adequate aanpak van het verzuim en de achterliggende klachten; dat geldt heel in het bijzonder ook voor personen met psychische klachten, gegeven dat de duur van het verzuim zelf een bron van psychische klachten wordt bij die klachten werkhervatting mogelijk meer dan bij andere klachten een factor van herstel vormt. Hier wordt niet verder ingegaan op de factoren die in het algemeen de instroom in de WAO bevorderen, maar op een aantal elementen en factoren die meer in het bijzonder in het geval van psychische klachten daaraan bijdragen.

De wetgever heeft de verantwoordelijkheden en lasten gedurende het eerste ziektejaar verdeeld vanuit de gedachte dat werkgever en een werknemer hun kosten kunnen beperken door het verzuim te beperken. Vooralsnog ontbreken echter de instrumenten om en het inzicht hoe dat te doen. Werkgevers blijken niet alleen slecht bekend met hun mogelijkheden om de kosten te beperken, maar ook als ze dat wel weten is inzicht en ervaring met het meer succesvol aanpakken van het verzuim en de oorzaak daarvan beperkt. Vooroordelen met betrekking tot de aard en de kosten van reïntegratie spelen daarbij mede een rol. Gevolg is dat tenminste bij degenen met psychische klachten vaker dan degenen met andere klachten de mening bestaat dat de werkgever onvoldoende doet om hen aan het werk te houden²⁵.

Voor werknemers zijn de financiële prikkels in de fase voorafgaande en onmiddellijk volgend op de instroom in de WAO vrijwel geheel afwezig door herverzekering, CAO-bepalingen en andere arbeidsvoorwaarden. Een gebrekkige stimulans tot werkhervatting is in het bijzonder dan ook een probleem als het verzuim een vorm van vermijding is en de klachten verergeren bij

²⁵ Van der Giezen en Jehoel-Gijsbers, 1999, blz. 145.

het voortduren van het verzuim. Tegelijk zijn de drempels bij betrokkene hoger vanwege angst voor falen bij werkhervatting, de (mentale) belasting bij werkhervatting en de moeilijkheden om de eigen zaak te behartigen. In het geval van psychische klachten is de stimulans uit de omgeving om tot werkhervatting te komen veelal beperkt (men weet niet hoe er mee om te gaan), terwijl de mogelijkheden van aanpassing van werk aan de klachten beperkt zijn. Ook vanuit de arbodiensten, de curatieve sector en de uitvoerende instellingen (UVI's) is er doorgaans geen of weinig aandrang om tot werkhervatting te komen. Gevolg is dat veelal de balans doorslaat naar het uitblijven van werkhervatting en het dientengevolge aanvragen van een WAO-uitkering. Dat moet gezien worden tegen de achtergrond van het feit dat er aanwijzingen zijn dat in het geval van personen met psychische klachten werkhervatting beter zou moeten verlopen dan in vergelijking tot werknemers die wegens andere klachten langdurig ziekteverzuim hebben. Personen met psychische klachten zijn vaker (32 procent) van mening dan bij andere klachten (27 procent) dat zij hun oude werk zouden kunnen uitvoeren voor minimaal enkele uren per dag²⁶. Het gaat daarbij in vergelijking met andere klachten bovendien om personen die gemiddeld jonger zijn, een betere opleiding hebben en minder met fysieke beperkingen kampen.

Ander factoren die een rol spelen bij de beperkte werkhervatting van personen met psychische klachten in het eerste ziektejaar zijn de afwezigheid van de noodzakelijke en adequate begeleiding, de voorkeur bij werkgevers voor het calculeerbaar risico van een hogere WAO-premie dan de onzekerheid van een reïntegratie van een psychisch arbeidsgehandicapte, het uitgangspunt dat werkhervatting eerst mogelijk is na herstel en de afwezigheid van de instrumenten om daar waar de klachten mede gevolg zijn van een arbeidsconflict, dit tot een oplossing te brengen.

De institutionele mechanismen die toestroom naar en instroom in de WAO zouden moeten beperken en werkhervatting bevorderen, werken kortom nauwelijks. De WAO-beoordeling zelf draagt in de praktijk ook beperkt bij aan werkhervatting. De keurende instanties kampen met capaciteitsproblemen waardoor de beoordelingen te laat plaatsvinden en summier zijn. In de praktijk lijken de doorslaggevende factoren gericht te zijn op toekenning van een WAO-uitkering en daarbij in zeer veel gevallen een volledige uitkering. Dat lost voor vrijwel alle betrokkenen het onmiddellijke probleem op.

Aandacht voor de vraag op welke wijze een werknemer ondanks zijn klachten weer aan het werk kan worden gebracht, is vervolgens slechts voor zover hij niet volledig is afgekeurd. Op het moment dat een werknemer volledig arbeidsongeschikt is bevonden zijn er nauwelijks voorzieningen die hem in staat kunnen stellen om voldoende te herstellen om weer over arbeidscapaciteit te beschikken en aan het werk te gaan. In het geval van psychische klachten zijn de kosten van zorg en begeleiding doorgaans niet of slechts beperkt verzekerd. Het hangt dan van het initiatief van de werknemer af en van zijn bereidheid daar zelf kosten voor te maken. Herbeoordeling in het kader van de WAO biedt daar geen ondersteuning aan. Omdat de meerderheid van de psychisch arbeidsongeschikten een volledige WAO-uitkering krijgt toegekend zonder dat het onderliggende probleem wordt aangepakt, is er onvoldoende sprake van een uitstroom naar arbeidsreïntegratie.

²⁶ Van der Giezen en Jehoel-Gijsbers, 1999

Oorzaak en probleem

Een klassieke tragedie

Uit het voorgaande blijkt dat het proces niet werkelijk doelmatig functioneert. Psychische klachten of verzuim worden niet effectief voorkomen. Niet omdat zulks niet mogelijk is, maar omdat aan de daarvoor noodzakelijke voorwaarden niet wordt voldaan. Klachten worden onvoldoende als zodanig onderkend en waar ze meer stelselmatig opduiken is er geen sprake van ‘terugkoppeling’ naar de arbeidsomstandigheden. Wanneer de klachten tot verzuim leiden is er geen sprake van een aanpak gericht op beperking van de duur daarvan; duurt het verzuim eenmaal langer dan 13 weken dan gaan dynamiek en ‘wissels’ steeds meer richting WAO staan.

Het proces heeft de trekken van een klassieke tragedie; het noodlot is onafwendbaar doordat iedereen binnen het kader van zijn ervaring en perceptie redelijk handelt in het licht van zijn belang terwijl het resultaat in niemands belang is en allerminst onvermijdelijk. Want langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid zijn niet nodig en niet inherent aan psychische klachten. Het tegengesteld is waar; werkhervatting kan in de meeste gevallen bijdragen aan herstel. De praktijk wijst uit dat bij een goede aanpak langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid in veruit de meeste gevallen kan worden voorkomen. Desondanks stromen jaarlijks tegen de dertig duizend personen in de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Niet omdat dit in hun eigen belang is of in het belang van werkgevers die ze er in ‘duwen’. Niet als gevolg van onwil, ondeskundigheid of verwijtbare nalatigheid, maar als gevolg van redelijk handelen van betrokkenen binnen de grenzen van hun handelingsvermogen en perceptie van hun belangen, waarbij ieder kiest voor de zekerheid van ‘een vogel in de hand (de WAO), dan tien in de lucht (de alternatieven met meer perspectief)’.

In dit derde deel van dit drieluik van de analyse van oorzaak en probleem wordt ingegaan op de factoren en aspecten die het verloop van het proces richting en dynamiek geven. Eerst wordt ingegaan op de vraag van het belang; voor wie een WAO-uitkering een oplossing biedt. Geconcludeerd wordt dat het in niemands belang is. Vervolgens wordt ingegaan op de mechanismen die maken dat ieder van de betrokkenen desondanks op een gegeven moment instroom in de WAO prefereert boven het voorkomen of vermijden daarvan. Tenslotte wordt ingegaan op de concepten die mede de perceptie van de problematiek bepalen en het proces als het ware programmeren.

Ongewenst en niet nodig

Aard noch gevolgen van psychische klachten brengen met zich mee (behoudens een klein aantal gevallen) dat betrokkene gedurende lange tijd (meer dan een jaar) niet zou kunnen werken. Rust of tijdelijk stoppen met werken kunnen functioneel zijn als een eerste reactie in geval van psychische klachten die voortvloeien uit langdurige werkdruk of conflicten en stress thuis of op het werk. Maar vrij algemeen bestaat het inzicht dat langdurig verzuim niet nodig is en zelfs nadelig is voor herstel. Hervatting van regelmatige arbeid is met name in het geval van verzuim om psychische redenen een wezenlijke voorwaarde voor herstel. Langdurig verzuim wordt zelf een factor van een verstoorde mentale balans, van verlies aan zelfvertrouwen en van het onvermogen om met de oorzaken van de problemen om te gaan.

De praktijk wijst uit dat langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid door tijdige aandacht en maatregelen in het merendeel van de gevallen voorkomen kunnen worden. Weliswaar rijst uit de beschouwing van de mechanismen van instroom in de WAO een somber beeld op, maar dat doet geen recht aan de inzet van velen; werknemers, werkgevers, zorgverleners en uitvoerders en aan wat wel bereikt wordt. Vaststellen dat er veel misgaat, miskent dat velen met grote

inzet en vaak met succes werkzaam zijn. Preventie, een effectieve aanpak van verzuim, werkhervatting en het voorkomen van uitstroom naar de WAO is mogelijk maar hangt mede af van de inzet van de betrokken werkgever²⁷. Bedrijven die een actief verzuimbeleid hebben en een gerichte begeleiding hebben doorgaans met aanzienlijk minder of zelfs geheel geen uitstroom naar de WAO te maken hebben.

Het is niet nodig en het is in niemands belang. Niet in het belang van de betrokken werknemer. In het debat over de WAO wordt vaak de indruk gewekt dat een WAO-uitkering een aantrekkelijk alternatief is voor arbeid. Men hoeft niet te werken en in de eerste jaren lijkt het ook beperkte financiële gevolgen. Als gevolg van de beperkte looptijd van de WAO-uitkering en de invoering van een WAO-vervolguitkering, daalt de uitkering al na korte tijd aanzienlijk. Dat is met name het geval voor personen die op jongere leeftijd arbeidsongeschikt worden, hetgeen bij psychische klachten vaak het geval is. De gemiddelde WAO-uitkering is als gevolg van het WAO-gat na enkele jaren nog slechts 60% van het verzekerd inkomen, maar voor wie jonger is dan 50 jaren ligt het niveau al gauw beneden de 50%. Niet alleen ontstaat bij psychische klachten het risico op jongere leeftijd ook de kans op herstel is geringer dan bij andere categorieën van arbeidsongeschiktheid. De kansen op de arbeidsmarkt van iemand die om redenen van psychische aard arbeidsongeschikt is geweest, zijn beperkt. Sociaal-economisch biedt de WAO-toelating dan ook weinig perspectief, ook al lijkt het aanvankelijk een uitkomst.

Arbeidsongeschiktheid is al evenmin in het belang van de werkgever. In de loop van de jaren negentig heeft de wetgever 'prikkel' voorzien die er op neer komen dat de werkgever een groot deel van de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid draagt, nog afgezien van de kosten om in de onstane vacature te voorzien. Hij moet een arbodienst inschakelen; hij moet in het eerste ziektejaar tenminste 70% van het verzekerd loon doorbetalen en na instroom in de WAO moet hij via de Pemba-premie gedurende vijf jaren de WAO-lasten dragen; op grond van CAO-afspraken moet hij daarnaast in de regel de uitkeringen tot 100% van het oude loon aanvullen. Gegeven de sociale gevolgen voor de samenleving van de omvangrijke arbeidsongeschiktheid en de financieel-economische lasten daarvan, die als een molensteen om de maatschappelijke ontwikkeling hangen, is het beroep op de WAO tenslotte ook niet in het belang van de samenleving als geheel. Daarbij komt dat de omvang van het beroep steeds meer een rem zet op de effectieve aanpak daarvan; het betreft aantallen waarbij wat nodig en nuttig is, niet meer realiseerbaar is. Gevolg is dat oplossingen vastlopen. Niet alleen de aantallen vormen daarbij het obstakel, ook van de concepten en benadering waarvan bij de aanpak tot dusver is uitgegaan, in het bijzonder de overwegend juridische aanpak via wetgeving.

In niemands belang en toch redelijk

Het is niet nodig en het is in niemands belang en toch is de jaarlijkse stroom van 34.000 werknemers die om psychische redenen arbeidsongeschikt worden verklaard, niet het gevolg van kwaadwillende werkgevers, frauderende werknemers, artsen die 'niet weten wat ze doen' of ondeskundige uitvoerende diensten. Niet dat die er niet zouden zijn, maar het verloop van het proces is niet gevolg van 'verkeerd' handelen doch van het omgekeerde. Ieder handelt in wezen rationeel en doelmatig in zijn situatie en vanuit zijn perceptie van de problematiek. De werknemer met klachten handelt volstrekt redelijk wanneer hij, in de meeste gevallen op advies van de huisarts, 'het even rustig aan doet'. Het zijn doorgaans niet degenen die al bij het minste of geringste 'thuis blijven'. In de meeste gevallen zal 'de rust' al snel steeds langer worden. Het mentale evenwicht herstelt zich bij ernstige verstoring niet uit zichzelf. Vaak wordt geen

²⁷ Zie Nyfer: 'Een enkeltje WAO'

specialistische hulp gezocht, maar ook waar dat wel het geval is luidt het advies doorgaans: ‘rustig aan, eerst herstellen, dan weer langzaam beginnen’. In dat proces let niemand op de baan. Ook dat is redelijk. De arts die geraadpleegd wordt, wordt als medicus geconsulteerd niet als arbeidsconsulent. Behalve de bedrijfsarts staat het curatieve circuit buiten de arbeidsrelatie en ziet die bovendien ten dele als oorzaak. Maar ook de bedrijfsarts handelt redelijk. Dringt hij al te zeer aan op werkhervatting dan wordt hij gauw gezien als controleur van de werkgever en verliest uit dien hoofde het vertrouwen.

Na een verzuim van zes tot dertien weken gaan geleidelijk alle signalen richting WAO staan. Voor de werkgever is dat een oplossing omdat de loondoorbetaling voor iemand die niet werkt daarmee eindigt. Vanwege de REA-instrumenten is het ook aantrekkelijker om een werknemer eerst de WAO in te laten stromen en dan pas opnieuw tewerk te stellen. Weliswaar draagt de werkgever voor en na de instroom een groot deel van de lasten, maar die worden door instroom pas calculeerbaar. Extra-kosten die hij in preventie en begeleiding investeert, ziet hij doorgaans niet terug in de hoogte van zijn premies waarvan de hoogte wordt bepaald door wat anderen doen in dezelfde branche. De werkgever heeft dan voorzien in vervanging diegene is ingewerkt en diegene levert geen problemen op, terwijl men bij een werknemer met psychische klachten ‘maar nooit weet’; dat is althans het beeld. Ondanks alle kosten en lasten handelt derhalve ook de werkgever rationeel in eigen belang, wanneer hij zich na verloop van tijd niet langer inzet voor een ombuiging van het verloop van het proces.

Voor de betrokken werknemer is na verloop van tijd instroom in de WAO ook het meest aantrekkelijk alternatief; dat wordt hem ook door alle actoren duidelijk gemaakt. Het verschaft zekerheid omtrent het inkomen, terwijl op korte termijn de inkomensachteruitgang lijkt afgedekt. Alternatief is een werkloosheids- of bijstandsuitkering. Ook als hij beseft dat zijn perspectieven met toelating tot de WAO afnemen, is de zekerheid van een uitkering tegenover de tien mogelijke opties in de lucht altijd aantrekkelijker. Het hervatten van werk is al sinds de zesde tot dertiende week in snelle vaart een minder reële optie, want dan verliest hij daardoor mogelijk zijn aanspraak op een uitkering (hij blijkt dan te kunnen werken); hij dreigt in ieder geval de opgebouwde wachttermijn opnieuw te moeten beginnen.

Ook voor andere betrokkenen is instroom in de WAO de meest voor de hand liggende optie. Voor de arbodienst is instroom aantrekkelijk omdat het dossier gesloten kan worden; de verantwoordelijkheid gaat over. Toekenning van een WAO-uitkering bevestigt bovendien dat het niet de ‘schuld’ is van de arbodienst dat betrokkene niet werkt; hij blijkt immers arbeidsongeschikt. Voor de betrokken UVI is instroom in de WAO eveneens aantrekkelijk omdat het de oplossing is die het minste werk met zich meebrengt. Ook voor de verzekeringsarts is toelating tot de WAO de meest voor de hand liggende optie. Het betreft iemand die duidelijk niet werkt en naar zijn zeggen niet kan werken. Tenzij de betrokken persoon kennelijk arbeidsgeschikt is, ligt de ongeschiktheid voor de hand. Het recente CTSV-rapport over het tekort schieten van de WAO-beoordeling laat ook zien dat de keuzen die gemaakt worden begrijpelijk zijn tegen de achtergrond van de omstandigheden en de perceptie waar mee gewerkt wordt.

Dat de uitkomst van redelijk en doelmatig handelen in ieder individueel geval niet zelf ook redelijk en doeltreffend is, komt door het ontbreken van verborgen-hand-mechanisme. Een mechanisme waardoor de uiteenlopende belangen van betrokkenen zodanig op elkaar worden afgestemd dat ze elkaar versterken en maken dat ook als ieder slechts het eigen belang nastreeft ook het collectief belang daar wel bij vaart. Op diverse terreinen van maatschappelijk verkeer bestaan dergelijke mechanismen, met name in het economisch verkeer. In het proces van ziekteverzuim ontbreekt een dergelijk mechanisme, maar desondanks is er bij de

veranderingen van de afgelopen jaren wel uitgegaan van een dergelijk mechanisme. Die veranderingen berusten op de gedachte dat wanneer de rechten, plichten, prikkels en sancties juist worden geformuleerd en afgebakend, het handelen van de betrokken instanties en actoren als het ware vanzelf onderling zal worden afgestemd door belang en contract. Uitgaande van de belangrijkste betrokken belangen - werknemer, werkgever en overheid - zouden de nodige diensten en voorzieningen zich op die wijze laten organiseren op basis van een principal-agent verhouding; de overheid zou daarbij door middel van toezicht en controle een adequate belangenbehartiging en wisselwerking daartussen moeten bewaken. Voorwaarde voor het functioneren van een dergelijk systeem is echter dat de betrokken belangen, waarden en 'voordelen' direct of indirect herleidbaar zijn tot een gemeenschappelijke noemer die deelbaar is (bijv. geld), zodat onderlinge ruil of afweging mogelijk is. In geval van verzuim, ziekte en arbeidsongeschiktheid is die noemer er niet. Ziekte althans het tijdelijk onvermogen om arbeid te verrichten, de arbeid en het arbeidscontract zijn alle in hoge mate inflexibel en ondeelbaar. Dat geldt al helemaal voor de 'waarden' die het systeem moet produceren: het vermijden van risico's en het verschaffen van zekerheid, zowel aan werknemers, werkgevers als de overheid. Primaire functie van het bestel is het verschaffen van bestaanszekerheid aan de werknemer, op het punt van kosten (ziektekostenverzekering), inkomen (verzuim- en arbeidsongeschiktheidswetgeving) en arbeid (ontslagbescherming). In minder mate is het eveneens bedoeld om de werkgever zekerheid te verschaffen, althans risico's beheersbaar te maken; omtrent de grenzen van zijn plichten, taak en lasten. Tenslotte is het bedoeld om het bestuur zekerheid te verschaffen omtrent de aanspraken op publieke middelen en de aanspraken jegens justitiabelen.

Zekerheid is echter niet deelbaar en de zekerheid van de werkgever, werknemer en overheid zijn niet uitwisselbaar of concurrent; integendeel ze zijn doorgaans tegengesteld. Alle betrokkenen worden genoopt de eigen zekerheid te optimaliseren tegen de laagst mogelijke kosten. Bij gebrek aan een verborgen-hand-mechanisme dat uitwisseling van 'waarden' mogelijk maakt terwijl door de spreiding van lasten en onzekerheid (verzekering, belasting en wetgeving) niemand de eigen kosten kan beheersen, krijgt het functioneren van het bestel het kenmerk dat ieder rationeel en doelmatig handelt terwijl de uitkomst ongewenst is en strijdig met de betrokken belangen. Dit kenmerk wordt versterkt door de voortgaande juridisering van het bestel. De wetgeving gaat uit van een proces dat functioneert als trechter en zeef waarbij alleen in geval van werkelijke behoefte de verschillende fasen doorlopen worden, terwijl andere gevallen worden tegengehouden. De wet en het systeem van rechtsbescherming zijn echter ingericht om zekerheid te verschaffen ten aanzien van de toegang tot rechten en niet ten aanzien van uitsluiting daarvan. De wet is niet geschikt om de overheid zekerheid te bieden dat geen onrechtmatige aanspraken worden toegekend, doch alleen om ieder zekerheid te bieden dat hij niet onrechtmatig wordt uitgesloten. Het gevolg is echter dat het wettelijk bestel een averechts effect krijgt; het werkt niet al trechter en zeef, maar als een 'tegen terugstromen beveiligde buis'.

Concepten en perceptie

Niet alleen de inrichting van de wetgeving en het ontbreken van een verborgen-hand-mechanisme bepaalt het minder bevredigend verloop van het proces. Het gegeven dat bedrijven in staat zijn om door middel van gerichte maatregelen en personeelsbeleid verzuim te beperken en uitstroom naar de WAO te voorkomen, wijst erop dat de uitkomst niet gedetermineerd is door wettelijke regels. Het ontbreken van adequate instrumenten voor werkgever en werknemer om over en weer een beroep op elkaar te kunnen doen, is een ander aspect van deze problematiek. Het rapport van de adviescommissie arbeidsongeschiktheid richt daar de

aandacht op. Nog weer een ander aspect is echter dat de concepten, paradigma's, uitgangspunten en perceptie van de problematiek waar het handelen en de inrichting van de regelgeving op berusten, minder goed lijken aan te sluiten bij de aard van de problematiek en de werkelijkheid van psychische stoornissen. Die concepten en uitgangspunten vormen echter de verborgen programmatuur die mede de dynamiek en de richting van het verloop van het proces bepaalt. Concepten waar in dat verband vraagtekens bij geplaatst kunnen worden zijn:

Oorzaak-gevolg: Zoals bij alle beleid en handelen staat dit sterk in het teken van het denken in termen van oorzaak en gevolg; als de gevolgen ongewenst zijn, moet men de oorzaken daarvan wegnemen. De opdracht van de commissie illustreert dit; zoek de oorzaak van het hoge verzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen en neem die weg teneinde zo de gevolgen ook weg te nemen of althans te verminderen. Het veronderstelt een eenduidige en evenredige relatie tussen oorzaak en gevolg. Voor de onderhavige problematiek is dat niet de meest geëigende invalshoek. Aangegeven werd dat psychische klachten een multicausaal verschijnsel zijn, die doorgaans in een wisselwerking tussen persoon en omgeving ontstaan. Daardoor is er maar een beperkte causaliteit. Er is geen één-op-één relatie tussen de persoonlijke kenmerken en het functioneren en er is maar een zeer beperkte statistische relatie tussen psychische klachten en uitval uit het arbeidsproces. Eenzelfde aanleiding kan heel verschillende gevolgen hebben bij verschillende personen. Een deel van de oorzaken, zo ze al bekend waren, leent zich niet voor beïnvloeding met het oog op het voorkomen van psychische klachten (men kan het onderwijs aan pubers niet afschaffen omdat de leraren er psychisch niet tegen kunnen). Het is in zijn algemeenheid ook niet mogelijk om samenleving en bedrijf maar aan te passen aan de persoonlijkheid van de mensen die er in werken. (Wel is maatwerk op het niveau van de organisatie, afdeling of individuele werkplek vaak mogelijk; bij voorbeeld een leerkracht op de basisschool die alleen lagere groepen krijgt of een leerkracht in het voortgezet onderwijs die juist bij voorkeur de examengroepen krijgt) .

Het verschijnsel van psychische stoornissen en de gevallen waarin deze zich doorgaans voordoen, brengen derhalve met zich mee dat veelal niet kan worden uitgegaan van een oorzaak-gevolg relatie, dan wel van gevolgen die zich via de oorzaken laten beïnvloeden en veranderen. Dat impliceert onder meer dat het verschijnsel mede moet worden aangepakt in de symptomen los van de mogelijke oorzaken daarvan.

Psychische verschijnselen als ziektebeeld: Het oorzaak-gevolg denkschema zet zich ook door in het begrip van psychische stoornissen en klachten. Die worden veelal gezien als een (soort) ziekte; een al dan niet tijdelijke verstoring van het lichamelijk of geestelijk evenwicht die normaal functioneren belemmert en waarvoor een oorzaak bestaat. Als bij andere ziekten richt de aandacht zich dan ook in de eerste plaats op het bestrijden van de ziekte, vanuit de veronderstelling dat bij herstel ook het normale functioneren vanzelf hersteld. Het schept een benadering van eerst genezen dan kan het werk weer hervat worden. Het genezen richt zich daarbij geheel op ziekte; hij moet beter worden.

Of psychische storingen een ziekte zijn kan in het midden blijven, vastgesteld moet worden dat bedoeld paradigma zich minder goed leent in het geval van psychische klachten omdat daar de ziekte veelal gedefinieerd moet worden in termen van de gevolgen: het gedrag en het functioneren in bepaalde omstandigheden. De DSM diagnostiek sluit aan bij de uitingen, en in die diagnostiek kan men maar beperkt uit de voeten met een aantal vormen van gedrag. Ook in andere opzichten beantwoorden de verschijnselen minder aan het normale 'ziektepatroon'. De verstoring bouwt zich doorgaans zeer geleidelijk en ongemerkt op tot er een 'druppel is die de emmer doet overlopen'. Genezing is vervolgens niet een proces dat vanzelf gaat; iemand kan veelal niet op eigen kracht uit de put komen en door verwaarlozing verergert de storing

doorgaans (zij het dat dit evenzeer het gevolg kan zijn van verkeerde aandacht en hulp). Het gaat doorgaans niet om een ziekteoorzaak die gevolgen heeft voor het functioneren. De oorzaak, klachten, verschijnselen zijn veelal het disfunctioneren zelf; en disfunctioneren doet men in een bepaalde omgeving. Vandaar dat de ‘genezing’ vaak ook niet uitsluitend in de persoon van het betrokken individu is gelegen, maar mede de omgeving betreft waarin hij functioneert. Daarom zijn de klachten vaak omgevingsgebonden. Wie thuis een been breekt kan daarbuiten ook niet lopen; maar wie thuis overspannen raakt kan na een korte periode van rust daarbuiten vaak wel functioneren en omgekeerd. In het geval van psychische klachten is het regelmatig functioneren in andere ‘sferen’ dan die waar de oorzaken van de klachten gelegen zijn (thuis, werk, sociaal verkeer), in veel gevallen dan ook een potentieel onderdeel van de therapie. Niet dat er geen psychiatrische ziektebeelden zijn die het functioneren in verschillende ‘sferen’ verlammen, maar zoals in het voorgaande werd aangegeven, spelen deze voor de onderhavige problematiek slechts een marginale rol.

Het is niet uitgesloten dat onderscheid tussen ziekte en psychische stoornissen minder scherp is, omdat het inzicht groeit dat ook bij tal van ziekten een of meer van de genoemde kenmerken gelden. Er is veeleer sprake van een geleidelijke overgang, dan van een scherpe scheiding. Dat doet echter niet af aan het feit dat de kenmerken van psychische stoornissen impliceren dat de gebruikelijke ‘reflexen’ in de omgang met ziekten in veel gevallen van psychische klachten niet steekhoudend zijn.

Kunnen-willen: Een ander denkpatroon waar ons handelen op berust, is tussen kunnen en willen. Het is een fundamenteel uitgangspunt van ons denken sinds de Griekse filosofie dat in tal van andere tegenstellingen doorwerkt, zoals tussen fysiek en psychisch, overmacht en autonomie, ziekte en voorwenden. Het bepaalt heel onze perceptie en benadering van menselijk handelen; niet kunnen is overmacht, niet willen is vrije keuze. De maatschappelijke reactie op niet-kunnen (ziekte, handicap of onvrijwillige werkloosheid) is het organiseren van begrip en solidariteit; de reactie op een niet-willen is: prikkels, straffen of controle. Het is een denkschema dat ook het denken van over overheid en politiek beheerst; de overheid heeft het niet-kunnen te eerbiedigen (ook als het een in geweten niet-kunnen is) en schept daar zo nodig voorzieningen voor. Maar het hele instituut overheid is er nu juist om het willen te beïnvloeden en te sturen en niet-willenden tot bepaald gedrag te brengen. Vandaar dat waar het maatschappelijk verkeer door wet- en regelgeving geordend wordt, het handelen van mensen in die tweedeling van kunnen en willen onderscheiden en zo nodig geperst moet worden.

Mensen met psychische stoornissen en klachten passen echter minder goed in dat schema. Het gaat in veel gevallen om een: niet-kunnen-willen. De beperking die dit aan het handelen stelt is vaak niet minder reëel dan wanneer men het gebruik van ledematen of fysieke functies zou missen, maar omdat het niet zichtbaar is wordt het toegeschreven aan een wilsgebrek. Vandaar ook dat het debat over psychische arbeidsongeschiktheid daar op vastloopt; als men slechts in termen van niet-kunnen of niet-willen ziet en denkt, dan wordt het zonder aanwijsbare oorzaak niet handelen voor de één een niet-kunnen en voor de ander een niet-willen. Die wisselvallige perceptie speelt de politiek parten in het beleid met betrekking tot verzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen. Vanuit de perceptie dat het om ziekte gaat: een niet-kunnen, is in het kader van solidariteit aanvaard dat de prikkels die de wet voorziet - en die zinvol zijn in geval van een niet-willen - zowel aan de zijde van de werknemer als van de werkgever via CAO-afspraken zijn gedekt of zijn wegverzekerd. Maar wanneer het beeld van niet-willen voor onverklaarde psychische klachten gaat overheersen, wil men het probleem van de instroom in de WAO oplossen door de prikkels aan het einde te doen toenemen door aanscherping van de toegang. Het is een benadering die veel heeft van de put dempen als het

kalf verdrongen is; het komt te laat, heeft op dat moment geen effect meer en verscherpt de problematiek.

De wetgever is bij de inrichting van het hele systeem van zorg en voorzieningen in geval van verzuim en arbeidsongeschiktheid, meer algemeen uitgegaan van het schema van willen en kunnen. Om te functioneren veronderstelt het een werknemer en werkgever die hun eigenbelang kunnen afwegen en op basis daarvan kunnen kiezen. Het veronderstelt kortom een kunnen-willen. Juist bij mensen met een psychische stoornis kan betwijfeld worden of die aanname juist is.

Gelijkheid en uniformiteit: Nog weer een andere denkreflex is het denken in termen van eenheid, gelijkheid en uniformiteit met betrekking tot het functioneren van voorzieningen en de aanpak van psychische problemen. Het is een reflex die enerzijds voortvloeit uit het schema oorzaak-gevolg. Gelijke oorzaken hebben daarin gelijke gevolgen, zodat wat voor de een geldt ook voor anderen geldt. Het is een reflex die anderzijds voortvloeit uit de jurisdisering van het functioneren van de zorg en de voorzieningen. Onze hele cultuur berust op de gedachte dat mensen verschillen en ieder mens uniek is; dat wie de menselijke werkelijkheid wil vatten, moet weten te onderscheiden en te nuanceren. Zodra we mensen echter in het kader van een bestuurlijk-juridisch systeem benaderen, geldt het tegendeel; dan is ieder verschil een discriminatie en moet ieder op dezelfde wijze tegemoet getreden worden. In intermenselijke betrekkingen is de eerste benadering zinvol; in de publieke sfeer tussen overheid en burger de tweede; het leidt tot tegenspraak waar de wetgever intermenselijke betrekkingen zoals zorg, in de publieke sfeer wil regelen. Vandaar dat een alternatief nodig is voor de eis van gelijkheid en uniformiteit, zonder dat dit in de praktijk tot willekeur leidt.

Van reageren naar voorkomen

Oplosbaar, maar onopgelost

Ogenschijnlijk onoplosbaar, maar niet onmogelijk

In het licht van het voorgaande lijkt verbetering van de aanpak van verzuim om psychische redenen onbegonnen werk. Psychische klachten zijn een multifactorieel probleem, dat wil zeggen dat er een veelheid van factoren kunnen zijn die tot het ontstaan ervan leiden. De klachten voorkomen door de oorzaken ervan weg te nemen is daarom minder goed mogelijk, nog los van het feit dat die factoren in geheel verschillende levensbereiken kunnen liggen. Tegelijk is er sprake van een groot aantal leemten, knelpunten en tekortkomingen in de huidige aanpak. Die betreffen de verschillende fasen van het proces van ontstaan van psychische klachten, verzuim en arbeidsongeschiktheid; oplossing van de knelpunten in één fase leidt dan tot verschuiving van de problemen naar de volgende, maar niet tot verbetering. Bovendien is het verloop van het proces mede het gevolg van de wijze waarop het proces van ziekte en verzuim wettelijk is geregeld, en van de concepten en uitgangspunten die de aanpak daarvan beheersen.

Het vraagstuk laat zich dan ook niet effectief oplossen door de leemten en knelpunten gericht aan te pakken dan wel de ‘schuldigen’ op te sporen en hun handelen door nieuwe plichten, regels, straffen of prikkels te corrigeren. De regels en prikkels zijn juist een element van de problematiek, omdat ze de betrokkenen individueel prikkelen zonder mechanismen om de inspanning van ieder op elkaar af te stemmen en te richten op het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Verscherping van de regels en prikkels dreigt het probleem dan ook eerder te compliceren dan op te lossen. Daarmee is niet gezegd dat de huidige opzet en inrichting van het wettelijk bestel het verloop van het proces onvermijdelijk maken. De verschillen in arbeidsongeschiktheidsrisico tussen bedrijfstakken en tussen bedrijven bevestigen zulks. Zou de werking van de wetgeving slechts in één richting gaan, dan zou het risico gelijk verdeeld zijn, daar het niet aannemelijk is dat bedrijfstakken of bedrijven systematisch personen met een verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico werven.

Bedoelde verschillen wijzen tegelijk ook uit dat verzuim en arbeidsongeschiktheid om redenen van psychische aard onder omstandigheden effectief voorkomen, althans beperkt, kunnen worden. Gericht bedrijfsbeleid en een goede begeleiding zijn in dat opzicht van bepalende betekenis. Behoudens in geval van ernstige psychiatrische stoornissen (< 20% van de klachten) is er niets dat onvermijdelijk inhoudt dat het ontstaan en bestaan van psychische stoornissen tot langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid moet leiden. Gegeven de aard van psychische stoornissen en gelet op de betrokken belangen geldt veeleer het omgekeerde. Langdurig verzuim verscherpt vaak de problematiek, het verzwakt de positie van betrokkenen op de arbeidsmarkt en het kan in de meeste gevallen voorkomen worden. De praktijk wijst dit ook uit. In die vaststelling ligt ook de sleutel voor een oplossing. Niet in de zin dat nog intensiever gestreefd moet worden naar het oplossen van knelpunten en het prikkelen van de betrokken actoren. De vaststelling dat in veruit de meerderheid van de gevallen een effectieve aanpak mogelijk is, moet niet als resultaat maar als uitgangspunt vooropgezet worden bij het zoeken naar een vruchtbare aanpak. Een oplossing moet niet trachten de ‘puzzle-stukjes’ voor anderen op hun plaats te leggen om zo tot een goede afloop te komen, maar om mechanismen en instrumenten te vinden die de direct betrokkenen in staat stellen om met het oog op een goede

afloop de stukjes zelf te ordenen. In plaats van de problemen voor betrokkenen op te lossen, moet vanuit de wetenschap dat het probleem oplosbaar is betrokkenen de mogelijkheden gegeven worden om zelf hun problemen op te lossen moeten, om zo een dynamiek te genereren die tot een bevredigend resultaat leidt.

Uitgangspunten

Aard noch verschijnselen van psychische klachten brengen a priori met zich mee (behoudens een zeer beperkte groep ernstig psychiatrische stoornissen) dat mensen met psychische klachten gedurende lange tijd (meer dan een jaar) niet zouden kunnen werken. Die conclusie moet tot uitgangspunt gemaakt worden bij het zoeken naar oplossingen. Niet in de zin dat WAO in het geval van psychische problemen dus niet nodig is. Vraag is niet: hoe kan uitgesloten worden dat iemand na een jaar verzuim in de WAO instroomt. Na een jaar verwaarlozing van de klachten en van de mogelijkheden tot activeren zal toelating tot de WAO in de meeste gevallen onvermijdelijk zijn, zoals de dagelijkse praktijk bewijst. Vraag is daarom: hoe kan voorkomen worden dat iemand in de WAO terecht moet komen, en dat vertaald zich in de vraag: wat is er nodig om te voorkomen dat psychische klachten tot verzuim leiden en indien dat toch gebeurt, dat dit onttaardt in langdurig verzuim. Beide vragen liggen in elkaars verlengde, maar de vraag: hoe WAO te voorkomen, richt de aandacht op een moment een jaar na het begin van het verzuim. Aangezien de duur van het verzuim op zich zelf de klachten in de regel verscherpt, zal na een jaar de instroom in de WAO moeilijker te voorkomen zijn, dan bij het ontstaan van het verzuim of daarvoor. Op het moment van WAO-beoordeling zijn de betrokkenen veelal in een situatie gekomen waarin er geen werkelijk alternatief meer is. Werkhervatting is na een jaar verzuim voor de werknemer noch voor de werkgever nog een reëel alternatief.

Het feit dat de klachten doorgaans niet aan één bepaalde oorzaak zijn toe te schrijven, maar aan een complex, maakt dat het minder zinvol is om de aanpak precies af te stemmen op de oorzaken of de gevolgen. Het verzuim zelf biedt een aanknopingspunt. Aangenomen dat regelmatige arbeid een begunstigende factor vormt bij herstel en het herwinnen van greep op de omgeving, laat de aanpak in de arbeidsomgeving zich effectiever indelen aan de hand van de belemmering voor werkherhervatting, bij voorbeeld in gevallen waarin iemand duurzaam geheel niet kan werken als gevolg van psychische stoornissen (ernstige psychiatrische problemen); gevallen dat iemand tijdelijk niet adequaat functioneert, en gevallen dat iemand binnen een gegeven werksituatie niet kan functioneren. In de meeste voorkomende gevallen gaat het om de tweede of derde categorie. In de aanpak en wetgeving wordt de eerste categorie veronderstelt met als gevolg dat slechts uit het verloop van het verzuim kan blijken of er sprake is van de beide andere categorieën. Het afwachten van het verloop heeft echter juist tot gevolg dat veel meer mensen dan nodig is in de eerste categorie lijken te vallen.

Het voorgaande betreft een meer algemeen verschijnsel bij de (niet-) benadering van verzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen; het verschijnsel dat regeling en aanpak op de uitzondering wordt afgestemd en niet op het 'normale' geval, met als gevolg dat de uitzondering tot regel wordt. Het begint veelal reeds in het debat over een bepaalde aanpak. Dat wordt veelal overheerst door de paar gevallen waarvoor een oplossing nu juist geen antwoord vormt en waarvoor *dus* een uitzondering voor zien moet worden en een eigen regeling. Aangezien de klachten, oorzaken en symptomen zich niet makkelijk objectief laten rubriceren, kan doorgaans het grootste deel van de betrokken populatie het gedrag zetten naar de criteria voor de uitzondering; zeker wanneer deze minder 'lastig' is. Gevolg is dat binnen korte tijd vrijwel iedereen tot de uitzondering behoort. Het stelt iedereen tevreden; de voorstanders van de uitzondering worden bevestigd in de juistheid van hun visie en wie er

gebruik van maakt, wordt bevestigd in het gevoel dat hij een uitzonderlijk ernstig geval is. Door de uitzondering in rechtsregels vast te leggen wordt deze verder versterkt; door de mechanismen van rechtsbescherming wordt de uitzondering al gauw verondersteld en moet het 'normale' geval bewezen worden.

Voorwaarde voor een adequate oplossing is dan ook dat deze berust op de regel in de meerderheid van de gevallen en niet op de uitzondering. Met name in de sfeer van de psychische klachten zal er altijd sprake zijn van uitzonderingen; geen constatering of men zal zich haasten om aan te tonen dat er uitzonderingen op zijn. Zo bij voorbeeld het genoemde uitgangspunt dat in de regel langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid in geval van psychische klachten niet nodig is en dat werkhervatting herstel bevordert. Dat dit niet steeds het geval is, beseft een ieder die met de problematiek bekend is. Maar het feit dat het uitgangspunt niet in alle gevallen geldig is, kan er niet toe leiden dat *dus* de aanpak moet worden afgestemd op een minderheid van de gevallen waarin het uitgangspunt niet geldt. Het impliceert ook niet dat een uitzondering nodig is bij de aanpak voor die gevallen waarin het uitgangspunt niet geldt. Wanneer op voorhand een uitzondering gemaakt moet worden, zal binnen korte tijd blijken dat de meerderheid van de gevallen een uitzondering is. De uitzondering moet niet op voorhand worden verondersteld of vastgesteld, maar de aanpak moet zodanig zijn dat bij de toepassing ervan, vanzelf blijkt of er sprake is van een uitzondering die een andere aanpak vergt.

Een benadering die zich richt op het begin van het verzuim en de preventie daarvan biedt slechts een oplossing voor gevallen waarin klachten en verzuim ontstaan. Het biedt geen oplossing voor de bestaande gevallen van arbeidsongeschiktheid om psychische redenen. De reïntegratie van bestaande arbeidsongeschikten in het arbeidsproces vergt een eigen benadering, gegeven dat in die situatie er doorgaans al gedurende lange tijd geen arbeid meer is en ook geen arbeidsrelatie in het kader waarvan werkhervatting mogelijk is.

Een andere aanpak vereist

In het geval van psychische klachten kunnen langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid in de meeste gevallen voorkomen worden. Maar dat vereist een wezenlijk andere aanpak. Daarbij gaat het niet primair om een wijziging van de wetgeving, maar om een wijziging van de aanpak in de praktijk. Er is ongetwijfeld veel in de wetgeving dat een adequate aanpak belemmert, maar de verandering daarvan is geen dwingende voorwaarde voor verbetering. Beter kan eerst een vruchtbare aanpak gevonden worden op basis van afspraken en onderlinge afstemming. Is eenmaal gebleken dat een effectievere aanpak mogelijk is, dan volgt de wetgeving vanzelf wel. Wel zal onderkend moeten worden dat indien een doelmatiger aanpak een betere afstemming en overleg tussen partijen vergt, voorkomen moet worden dat de onderlinge relaties tussen de betrokken partijen verder door wettelijke regels worden bepaald.

Als langdurig verzuim niet nodig is, zal veel eerder in het proces van het ontstaan van verzuim ingegrepen moeten worden. De periode rond het moment van het ontstaan van verzuim is daarvoor het meest geëigend. In de aanlooperperiode voor het ontstaan van verzuim zullen de signalen van psychische klachten doorgaans voor de omgeving zichtbaar worden, met het verzuim als het meest duidelijke signaal. Niet dat preventie voordien minder zinvol is en het verzuim niet kan voorkomen; integendeel. Psychische klachten zijn als het ware een balans die uit evenwicht is geraakt; maatregelen om dat te voorkomen zijn zinnig. Maar dat vergt een systematische aanpak die op de hele arbeidsorganisatie is gericht, naast de op het individu gerichte aanpak. Bovendien, wanneer de onevenwichtigheid eenmaal is ingetreden kan de balans zich niet vanzelf hersteld worden door de oorzaak daarvan weg te nemen.

Een adequate aanpak van het verzuim dient dan ook niet uit te gaan van ziekte en verzuim als oorzaak en gevolg. De aanpak van het verzuim zal zich mede moeten richten op de klachten, maar niet als de noodzakelijke voorwaarde voor beëindiging van het verzuim. Het omgekeerde is het geval; de klachten moeten mede worden bestreden door functioneringsherstel uitmondend in geleidelijke werkhervatting. In het geval van psychische klachten is de uitval uit het arbeidsproces een zelfstandig probleem dat zich leent voor specifiek op werkhervatting gerichte maatregelen. Tijdige werkhervatting is vanuit die optiek de sleutel van zowel herstel als het voorkomen van WAO-instroom. Werkhervatting is evenwel niet een kwestie van de werknemer dan wel de werkgever, maar vergt de medewerking van beiden. In de praktijk blijkt de bereidheid aan de zijde van de werkgever na zes weken verzuim snel af te nemen. De aandacht en zorg bij de verzuimende werknemer zijn in die eerste periode echter vooral gericht op de klachten. Werkhervatting moet zelfstandig worden nagestreefd en niet worden afgewacht als ‘vrucht’ van de oplossing van de klachten. Werkhervatting is daarbij geen substituut voor ‘genezing’, maar vormt wel een belangrijke bijdrage daaraan. verzuim niet een onvermijdelijk gevolg is van een psychische klacht of stoornis, maar een manier is om er mee om te gaan. Dat brengt met zich mee dat er stelselmatig samen zal moeten worden gewerkt tussen de hulpverlening en de sociaal medische begeleiding. Een adequate aanpak vergt daarnaast begeleiding. De betrokken werknemer moet geen object van zorg zijn. Dat is nu al veelal het geval en niet bevorderlijk voor herstel. Maar iemand die ‘naast’ de betrokkene staat, zal nodig zijn want zelf zal hij veelal ‘niet kunnen willen’. Ook in ander opzicht moet het schema van oorzaak en gevolg gerelativeerd worden. Veelal zal het verzuim niet bestreden kunnen worden door de oorzaak daarvan weg te nemen. De klachten vinden vaak mede hun oorzaak in een niet kunnen omgaan met bepaalde situaties. Die situaties kunnen heel wel buiten het bereik van de arbeidsorganisatie liggen of niet door aanpassing aan de beperkingen worden opgelost.

De constatering dat het huidige proces in een negatieve dynamiek resulteert bij gebrek aan een ‘verborgen-hand’-mechanisme dat het handelen van de betrokken partijen onderling op elkaar afstemt en het mogelijk maakt dat het nastreven van de eigen belangen ook het gemeenschappelijk belang dient, impliceert dat een doeltreffender aanpak afspraken, afstemming en een gemeenschappelijke optiek vergen. Vanzelf zal het niet gaan. Er is derhalve een mechanisme nodig voor afstemming van de inspanningen van de betrokken partijen zowel bij de aanpak van de klachten als van de werkhervatting. Voorkomen moet worden dat de aanpak vastloopt in gebrek aan overeenstemming over de aard en de aanpak van de klachten. Een wisselwerking tussen actoren is nodig waarbij ieder binnen de grenzen van zijn plichten en verantwoordelijkheden, het handelen op de aanpak van verzuim en klachten afstemt in samenhang met die van de ander. Alleen dan is het immers kan mogelijk dat het handelen in de opeenvolgende fasen van het proces aansluit en elkaar aanvult en versterkt.

De afwezigheid van een duidelijke causale relatie tussen oorzaak, verzuim en de gevolgen van psychische klachten houdt ook in dat knelpunten die gesignaleerd worden, weinig houvast bieden bij het zoeken naar verbetering. Het is niet een kwestie van het wegnemen van de knelpunten waarna het proces beter loopt. Een verbeterde aanpak van de problematiek vergt een inzet over ‘de hele linie’. Het ontbreken van een duidelijke causaliteitsrelatie is daarvoor niet het enige argument; ook de aantallen die in het geding zijn, dwingen daartoe. Op dit moment wordt het functioneren van het proces over de volle breedte gefrustreerd door de aantallen waar het om gaat. De daaruit voortvloeiende noodzaak om prioriteiten te stellen en keuzen te doen, maakt dat ieder schakel in het proces bij voorrang op de eigen rationaliteit geconcentreerd is, met als gevolg dat de som van ondoeltreffend is.

Elementen van een oplossing

Drie maanden rond het ontstaan van het verzuim

Uit een oogpunt van het voorkomen van psychische klachten en van het aanpakken van langdurig verzuim zijn de drie maanden rond het ontstaan van het verzuim - anderhalve maand ervoor en anderhalve maand erna - van doorslaggevende betekenis. De ervaring leert dat na anderhalf tot drie maanden na aanvang van het verzuim de afwezigheid door de werkgever aanvaard begint te worden en voor de werknemer worden de drempels voor terugkeer snel hoger. Wat in aanvang mogelijk vooral een fysiek probleem leek, voegt zich een psychische probleem. Evenzo is de periode van drie tot anderhalve maand voor het begin van het verzuim essentieel om dit te voorkomen. In die tijd zijn er doorgaans onmiskenbare signalen voor zowel de betrokkene zelf als voor zijn omgeving. De aanloop voor de klachten zal doorgaans al van oudere datum zijn, maar pas in de laatste maanden voordat deze tot verzuim leiden zal betrokkene zich acuut bewust worden van het bestaan ervan.

In de praktijk bedoelde periode in de regel niet benut met het oog op het voorkomen van het verzuim; veeleer worden in die periode de klachten eerder versterkt. De eerste periode na het ontstaan van het verzuim wordt thans veelal gekenmerkt door goed bedoelde verwaarlozing. In het licht van het feit dat in het overgrote deel van de gevallen van verzuim de betrokken werknemer na enige tijd zich hersteld voelt en zijn werk hervat, zal de werkgever een afwachtende houding aannemen. Controle en huisbezoek worden in strijd geacht met een 'volwassen' onderlinge verhouding van vertrouwen. Na een verzuim melding vindt er daarom mogelijk contact plaats met de bedrijfsarts en eventueel met collega's uit de naaste omgeving. Een stelselmatige benadering is echter hoge uitzondering. In geval van psychische klachten komt daarbij dat directe collega's doorgaans niet goed weten wat men er mee aan moet, terwijl de reactie van huisarts en bedrijfsarts nog te vaak berust op de gedachte dat rust de beste remedie is. Het initiatief voor werkhervatting en behandeling van de klachten ligt geheel bij de werknemer. Pas als verzuim langer dan een of twee maanden duurt ontstaat het besef dat meer aan de hand is. Als niet de verzekering bestaat dat het verzuim op korte termijn beëindigt wordt, zal de werkgever maatregelen voor een duurzame vervanging gaan treffen, waarna zijn belangstelling voor werkhervatting afneemt.

Ook in de aanloop naar het verzuim wordt de periode die potentieel het beste perspectief biedt voor gerichte preventie, het minst benut. Bij preventie richt de aandacht zich vooral op algemene factoren en omstandigheden. Dat is nuttig maar vanuit de optiek dat verzuim mede een manier vormt om met de klachten om te gaan, biedt de periode waarin de aanleiding voor en eerste symptomen van de klachten al bestaan, maar nog niet in verzuim zijn vertaald, het beste perspectief voor gerichte preventie. In de praktijk is het echter de periode waarin de verschijnselen nog niet herkend worden door de betrokkene en zijn omgeving, met als gevolg dat het 'gestoorde' gedrag doorgaans niet wordt begrepen en opgevangen, maar tot irritatie leidt en verscherping van de problematiek. Bij gebrek aan instrumenten voor herkenning ziet de omgeving doorgaans iemand die zonder reden disfunctioneert; moe, geïrriteerd, werk niet af, ongemotiveerd, enz. Gevolg zijn klachten over en weer, conflicten en een toename van spanning, die de mentale balans verder uit evenwicht brengen.

De sleutel voor een effectieve aanpak ligt kortom bedoelde periode van drie maanden. Kernpunt daarbij zijn tijdige herkenning en opvang; vroegtijdige behandeling van klachten en aanpak van de mogelijkheden tot werkhervatting als gelijkwaardige elementen van herstel; een tijdige analyse van het probleem en een plan van aanpak bij langer verzuim. Een doeltreffende invulling daarvan vergt dat in een groot aantal andere punten is voorzien, zoals adequate

informatie en terugkoppeling daarvan, tijdige benutting van de mogelijkheid van aanpassing van werk en werkomgeving, een adequate begeleiding van zowel werkomgeving als betrokken werknemer, een geïntegreerde aanpak, op elk moment alsook doorlopend in de tijd, en daartoe het wegnemen van 'schotten' tussen zorg en hulp en tussen de fasen in het proces. Verbetering op ieder van die punten laat zich niet realiseren door overheidsbeleid en -maatregelen ten aanzien van ieder van die punten. Nodig is in de eerste plaats dat er een drijvende kracht staat achter de aanpak.

Werkgever-werknemer motor van de dynamiek

Verbetering van de voorzieningen rond de herkenning, aanpak en behandeling van psychische klachten en het daarmee samenhangend verzuim, laat zich niet door algemene voorschriften afdwingen. Uit onderzoek blijkt dat een effectieve aanpak doorgaans gepaard gaat aan aanzienlijke kosten en investeringen in de arbo-dienstverlening en de begeleiding van zieke werknemers²⁸. Bedrijven die uitstroom naar de WAO kunnen voorkomen of beperken, maken doorgaans bovengemiddelde kosten in verband met de bedrijfsgeneeskundige zorg. Dat betekent echter niet dat indien de overheid nu maar alle bedrijven verplicht tot kosten in dezelfde orde van grootte, de WAO tot het verleden zal behoren. Goede arbodienstverlening en bedrijfsgeneeskundige zorg zijn een voorwaarde voor een effectieve aanpak van klachten en verzuim, maar dat wil niet zeggen dat alle bedrijven die aanzienlijke kosten maken ook even effectief de instroom in de WAO kunnen voorkomen. Een koe is en beest met vier poten, maar niet ieder dier met vier poten is een koe.

Een adequate preventie en aanpak van het verzuim vergt in iedere fase aandacht en zorg. Dat laat zich niet verzekeren op basis van algemene voorschriften en toezicht op basis daarvan, maar vergt in de eerste plaats een voortdurend drijvende kracht achter de aanpak en preventie. Die dynamiek vergt een heldere toedeling van verantwoordelijkheid voor het beoogde resultaat, toekenning van de 'instrumenten' die voor de realisatie daarvan nodig zijn, en afdoende consequenties bij nalatigheid bij het behartigen van de verantwoordelijkheid en het gebruik van de instrumenten. Potentiële 'kandidaten' voor verantwoordelijkheid in die zin, zijn de verschillende actoren die betrokken zijn bij de aanpak en behandeling van verzuim en psychische klachten: de direct betrokken werknemer of werkgever, de overheid in de gedaante van de uitvoerende instanties, de professionele zorg, de arbodiensten of andere hulpverleners. Nu reeds heeft ieder van hen verantwoordelijkheden op dit terrein. De huidige verdeling van verantwoordelijkheden en taken voldoet echter niet. Zoals in het voorgaande werd aangegeven lopen het proces en de aanpak daarvan thans vast in de spreiding van verantwoordelijkheid, het gebrek aan duidelijke aanspraken en prikkels en het ontbreken van een mechanisme dat de inspanning van velen richt op de gewenste uitkomst. Gegeven de afwezigheid van een doelmatig 'verborgen-hand' mechanisme zal de oplossing gezocht moeten worden in concentratie van de verantwoordelijkheid en de voor- en nadelen van een doelmatige preventie en aanpak in een hand. In dat geval is er minder behoefte aan coördinatie omdat de regie geconcentreerd is in een hand.

Onder de oude Ziektewet lag de regie primair in handen van de uitvoerende instellingen. Door middel van regelgeving, controle, keuring en toezicht bepaalden zij het verloop van het proces. Met de parlementaire enquête en de daaropvolgende veranderingen in de Ziektewet, de WAO en de uitvoering van de sociale wetgeving, is de primaire verantwoordelijkheid verschoven van de publieke sfeer naar de partijen. Wat er zij van de merites van die verandering, het terugdraaien van die beslissing is niet mogelijk. Politiek niet, maar ook praktisch niet. Het feit

²⁸ Nyfer-onderzoek: 'Enkeltje WAO'

dat de doeltreffendheid van preventie en de aanpak van het verzuim in de drie maanden rond het ontstaan van het verzuim bepaald wordt en dat werkhervatting niet het resultaat is van herstel maar een gerichte, effectieve aanpak vergt, biedt de verantwoordelijkheid van een publieke instelling geen adequate oplossing. Indien het thans al moeilijk is om binnen het kader van de arbeidsrelatie de nodige aandacht en maatregelen te treffen, dan geldt dit a fortiori voor een publieke instelling die buiten de arbeidsverhouding staat.

De wetgever heeft de verantwoordelijkheid indirect mede bij de arbodienst gelegd. Zij dragen uit hoofde van hun wettelijke en professionele verantwoordelijkheid mede de verantwoording voor het resultaat. Dat geldt ook voor andere professionele hulpverleners, zoals de betrokken huisarts, de eerste en tweede lijn instelling van de geestelijke gezondheidszorg of de instanties van het maatschappelijk werk. Desondanks kunnen zij geen primaire rol hebben als drijvende kracht achter een actieve preventie en aanpak van het verzuim. Dat volgt alleen al uit de beperkte betrokkenheid van de meeste instanties bij de behandeling van klachten van psychische aard. Alleen de huisarts en de bedrijfsarts worden in de grote meerderheid van de gevallen ingeschakeld. Ook voor hen geldt dat hun rol beperkt is. Zeker in de periode voorafgaande aan het ontstaan van het verzuim, maar ook daarna.

Voor de rol van 'motor' achter een effectieve preventie en aanpak van het verzuim, moet derhalve in de eerste plaats naar de direct betrokken werkgever en werknemer gekeken worden. Dat ligt in lijn met de ontwikkeling van de wetgeving in de afgelopen tien jaren. Daarin zijn zowel voor werkgevers als werknemers 'prikkels' ingebouwd om hen te activeren bij het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Voorafgaande aan de instroom in de WAO ligt de nadruk daarbij vooral bij de werkgever (Wulbz); na toekenning van een WAO-uitkering wordt ook de werknemer sterker geprikkeld (WAO-gat), maar wordt ook de werkgever nog gestimuleerd (Pemba). Het effect van de opzet van de huidige wetgeving - waarin werknemer en werkgever los van elkaar gestimuleerd worden en geen van beiden adequate mogelijkheden heeft om de ander tot medewerking aan te zetten - is evenwel de eerder beschreven negatieve dynamiek tijdens het proces van het eerste ziektejaar. Een afzonderlijke, gescheiden verantwoordelijkheid van werknemer en werkgever kan daarom ook niet effectief zijn omdat het gaat om de instandhouding van een arbeidsrelatie; dat vergt per definitie de medewerking van beide partijen op hetzelfde moment.

Werkgevers en werknemers effectief aanzetten tot aanpak van het verzuim vergt dan ook een structuur waarin beide gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het resultaat, en ieder daarbij de mogelijkheid heeft om een beroep te doen op de daartoe vereiste medewerking van de ander. Dat vereist een wijziging van de wetgeving. Het advies van de adviescommissie arbeidsongeschiktheid bevat daartoe strekkende voorstellen. Dat betekent niet dat verbetering van de aanpak van verzuim om psychische redenen op de verwezenlijking van die voorstellen moet wachten. Binnen de grenzen van de huidige wettelijke toedeling van verantwoordelijkheid zal getracht moeten worden een systeem van gezamenlijke verantwoordelijkheid en aanspraken over en weer te benaderen. De 'Leidraad' voor de aanpak van het verzuim die de commissie heeft ontwikkeld, is bedoeld om daarin te voorzien.

Werkgevers en werknemers aanzetten tot een adequate inspanning op het terrein van de preventie van verzuim en klachten is veel moeilijker. Op dat moment worden de lasten doorgaans niet acuut ervaren. Effectieve preventie bewijst zich door het uitblijven van problemen. Naarmate problemen langer uitblijven zal het moeilijker zijn om duurzaam aandacht en kosten daaraan te besteden. Men moet zich inspannen voor behoud van een 'normale' situatie. Vandaar dat effectieve preventie thans veelal slechts beperkt aandacht heeft in bedrijven en ook de arbodienstverlening zich vooral richt op verzuimbegeleiding. Daarvan is

tenminste duidelijk waar het voor nodig is. Een verbetering van de inspanning op het terrein van de preventie van verzuim zal dan ook vermoedelijk vooral ontstaan wanneer de verantwoordelijkheid van werkgevers bij de aanpak van het verzuim versterkt wordt. Door een nauwere betrokkenheid bij het tegengaan van verzuim, zal het belang van preventie sterker worden gevoeld. Daarnaast zal ook onderzocht moeten worden in hoeverre de inspanning op het punt van een effectieve preventie zich concreet laat normeren en meten. Daardoor zou het mogelijk worden om de WAO-premie meer direct te relateren aan de inspanning op het punt van de preventie.

Preventie en de aanpak van verzuim vergen dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer daarvoor centraal wordt gesteld. Het optreden van de andere actoren moet daar ondergeschikt aan worden gemaakt. Verplichte inschakeling van arbodiensten of uitvoeringsinstellingen kan slechts een excuus opleveren voor eigen tekortschieten. De WAO-keuring, het functioneren van de poortwachter en reïntegratiediensten hebben een ondersteunende functie. Zo dient de UVI als poortwachter niet gezien moet worden als instrument van 'vroege waarschuwing' bij instroom, maar slechts als laatste drukmiddel om werkhervatting te realiseren. Ook de professionele hulpverlening en de arbodienstverlening dient slechts een functie te hebben voorzover zij worden ingeschakeld door de werkgever en de werknemer; een eigen taak en verantwoordelijk leidt slechts af van die centrale verantwoordelijkheid.

Preventie

Verbetering van de aanpak van psychische klachten en het daarmee samenhangend verzuim zal in het bijzonder langs drie invalshoeken gerealiseerd moeten worden; door verbetering van de preventie van klachten, een tijdige en adequate aanpak van het verzuim en verbetering van de kwaliteit van de ondersteuning. Bij ieder van deze invalshoeken wordt in volgende hoofdstukken uitvoerig stil gestaan. In dat verband wordt ook ingegaan op de voorstellen van de commissie met betrekking tot preventie en aanpak. In deze en volgende paragrafen wordt in grote lijnen aangegeven wat op ieder van deze onderdelen de veranderingen zijn die nodig zijn om tot een doeltreffende preventie en aanpak te komen.

Het belang van preventie berust op meer dan alleen het adagium: voorkomen is beter dan herstellen. De menselijke psyche heeft een groot zelf herstellend vermogen. Eerder is het beeld van een balans gebruikt. Onder normale omstandigheden kan die balans zich goed herstellen, maar wanneer zij eenmaal fundamenteel uit evenwicht is gebracht resulterend in psychische klachten, dan wordt ook het zelfherstellend vermogen in de toekomst aangetast. Niet dat dus iedereen die psychische klachten heeft gehad verder als geestelijk gehandicapte beschouwd moet worden. Wie ermee wordt geconfronteerd, kan er geestelijk weerbaarder uit komen; maar bij lang niet iedereen is dat het geval, en iedereen wordt erdoor veranderd. Indien psychisch klachten dan ook voorkomen kunnen worden, dienen kosten nog inspanning gespaard te worden. Voorts moet het voorkomen van verzuim om reden van psychische klachten als een zelfstandige doelstelling gezien te worden. ook als de klachten niet voorkomen kunnen worden, moet vermeden worden dat ze resulteren in verzuim. De arbeidsomgeving is voor vrijwel iedereen een belangrijk bereik van het dagelijks leven. Juist als psychische klachten hun oorzaak daarbuiten vinden, vormt de arbeid vaak het drijfanker waar men in moeilijke tijden houvast aan ontleend. Indien de oorzaken van het verzuim daarentegen in de sfeer van arbeid liggen, biedt een korte uitred uit de arbeidssfeer mogelijk de nodige rust om weer op krachten te komen, maar houdt verzuim van langere duur onvermijdelijk een erkenning in van een 'nederlaag'. Verzuim van langer duur zal daarom ook in geval van arbeidsgelateerde klachten zoveel mogelijk voorkomen moeten worden.

Bij preventie moet derhalve onderscheiden worden tussen de preventie van psychische klachten en het voorkomen dat ze tot verzuim leiden. Preventie van verzuim vormt daarbij echter geen substituuut voor het voorkomen en behandelen van de klachten. Het beeld dat als verzuim voorkomen kan worden de klachten ook wel mee vallen, is onjuist. Het voorkomen van verzuim in geval van psychische klachten neemt dan ook de noodzaak om de klachten zelf te voorkomen en te bestrijden niet weg en al evenmin de eventuele noodzaak van aanpassing in de werkomstandigheden.

Bij dat alles moeten de mogelijkheden van preventie ook niet overschat worden. De nadruk op de mogelijkheden van preventie heeft vaak een ideologische kleur. Preventie wordt daarbij gezien als een kwaliteit van de werkomstandigheden; daarvoor is de werkgever verantwoordelijk. Hoe groter dan ook de mogelijkheden van preventie, des te eerder kan het verzuim gezien worden als tekortkoming in de sfeer van de werkomstandigheden en dus als schuld van de werkgever. Des te redelijker is het vervolgens om de werkgever aan te spreken voor de kosten van het verzuim; het is immers het resultaat van falende preventie. De mogelijkheden van preventie gaan op die wijze een fictief onderdeel vormen van de CAO onderhandelingen over loon en de vergoeding van kosten. Die redenering miskent evenwel dat de oorzaken van verzuim en arbeidsongeschiktheid in de overgrote meerderheid van de gevallen buiten de arbeidssfeer gelegen zijn. Voor psychische klachten geldt dat mogelijk minder, maar ook daarvoor geldt dat de oorzaak in een minderheid van de gevallen in de sfeer van arbeid wordt gezocht. Verzuim vormt dan ook geen bewijs van een falende preventie. Daar komt bij dat preventie een relatie veronderstelt tussen arbeidskenmerk en gezondheidsklachten. Een dosis-effect-relatie tussen bijvoorbeeld werkdruk en psychische klachten is vooralsnog echter niet aangetoond. Zo lang drie vierde deel van de werknemers ondanks stijgende werkdruk zonder problemen kan functioneren, zullen algemene maatregelen ter reductie en preventie van werkdruk al gauw als disproportioneel worden beschouwd.

Preventie omvat een breed en onbepaald terrein. Tenminste drie bereiken kunnen daarbinnen onderscheiden worden. De algemene preventie, die gericht is op het wegnemen van de omstandigheden die bevorderlijk zijn voor psychische klachten (stress, werkdruk, enz.). De preventie vormt thans voorwerp van arboconvenanten met verschillende bedrijfstakken. Daarvan onderscheiden is gerichte preventie op het niveau van bedrijven, waarbij het gaat om interventies gericht op situaties binnen een bedrijf waarvan gebleken is dat zij bovenmatig tot verzuim leiden. Daarbij moet gedacht worden aan conflicten, slechte leiding, reorganisaties die slecht begeleid worden. Tenslotte is er preventie op individueel niveau nodig, dat wil zeggen het voorkomen dat psychische klachten ontstaan en dat zij door middel van verzuim worden bestreden.

Het voorkomen van psychische klachten en van langdurig verzuim in verband daarmee, veronderstelt bij bedrijven, arbodiensten en hulpverleners het vermogen om tijdig de signalen op te vangen die wijzen op mogelijke psychische klachten. Anders is het verzuim steeds het eerste signaal voor het bestaan van de klachten. Dat vermogen vereist meer en beter inzicht in wat die signalen zijn en wat de situaties zijn waarin psychische klachten ontstaan. Alertheid bij werkgevers, arbodiensten en werknemers op de factoren die leiden tot psychische klachten en betrokkenheid bij het voorkomen daarvan. Vereenvoudiging en verruiming van de toegang tot hulp en begeleiding van mensen met psychische klachten en van hun directe werkomgeving.

Versterking van het vermogen van bedrijven in dit opzicht vergt in de eerste plaats een **systematische registratie van verzuim** en het ontstaan van psychische klachten, alsmede terugkoppeling van die informatie naar die punten waar deze in preventie kan worden vertaald; informatie over factoren en oorzaken van psychische klachten, over ervaring met het

voorkomen en over succesvolle opvang. De systematische registratie schiet op dit moment in de meeste bedrijven ernstig te kort. Alleen de WAO-instroom wordt geregistreerd. Dat levert slechts een beeld op van bedrijven met een verhoogd risico, maar als bron van informatie voor preventie is die registratie ten enen male onvoldoende. Informatie over psychische klachten die niet tot arbeidsongeschiktheid leiden ontbreekt; het is als zou men overschrijding van de snelheidsbeperking registreren aan de hand van het aantal botsingen dat als gevolg daarvan plaatsvindt. Individuele preventie vergt daarnaast nog nauwkeuriger informatie over het functioneren van personen binnen hun concrete omgeving. Het registreren en terugkoppelen van informatie is echter slechts zinvol indien effectief gebruik gemaakt kan worden van de informatie. Op dit moment ontbreekt het echter vaak aan **inzicht in oorzaken, symptomen en mogelijke aanpak**. Gevolg is dat de eerste symptomen van psychische problemen veelal door alle betrokkenen genegeerd en gebagatelliseerd worden. De suggestie van psychische problemen wordt veelal nog als ‘belediging’ gezien. Daarom is behalve registratie ook **voorlichting** nodig over de problematiek van werkstress en psychische overbelasting, over de symptomen waaraan het herkend kan worden en over de begeleiding, opvang en aanpak daarvan binnen bedrijven.

Algemene preventie richt zich op de reductie van de blootstelling aan een aantal kritieke factoren en situaties. Wat psychische klachten betreft, is dat beleid niet toereikend. Vereist is een beleid dat gericht is op bepaalde sectoren en doelgroepen. In dat verband verdient de publieke sector aparte aandacht. Tevens moet onderkend worden dat het feit dat een bedrijfstak in een groot aantal kleine eenheden is georganiseerd, een apart aspect van de problematiek vormt. Gevolg is dat ieder van de besturen en directies onvoldoende deskundigheid, overzicht en ervaring heeft. Eisen van bedrijfsvoering, van beleid en van politieke of juridische kritiek worden veelal zonder reserve doorvertaald naar de werknemers; waardoor zij belast worden met alle tegenspraken, spanningen en conflicten. De bestuurlijke organisatie moet niet om die reden veranderen, maar bezien zou moeten worden of gespecialiseerde arbodiensten voor deze bedrijfstakken een oplossing bieden.

Bij **gerichte preventie** op het niveau van bedrijven zullen preventie en de aanpak van verzuim in elkaars verlengde moeten liggen en in onderlinge wisselwerking tot ontwikkeling moeten komen. Verzuim en de toename daarvan, levert in de regel een vrij betrouwbaar signaal op dat binnen het bedrijf moeilijkheden bestaan: werkdruk, conflicten, leiding, slechte begeleiding van veranderingen, enz. Op het niveau van bedrijven is de ontwikkeling van een adequate verzuimregistratie dan ook wezenlijk. De sleutel voor een effectief preventiebeleid ligt bij een daadwerkelijke betrokkenheid van de bedrijfsleiding bij het HRM-beleid (personeels- en verzuimbeleid); effectief gebruik van deskundigheid ten behoeve van A&O, het arbeidsklimaat en het voorkomen van verzuim; effectieve signalering van problemen, en de mogelijkheden tot tijdige en tijdelijke aanpassing van arbeid, dan wel tot inschakeling van bemiddeling en begeleiding bij de verandering van werkkring. Evenwel moet worden vastgesteld dat een groot deel van de werkgevers onvoldoende inzicht heeft in de gevolgen van verzuim en arbeidsongeschiktheid en mogelijkheden om de omvang daarvan te beïnvloeden. Gerichte voorlichting over de kosten, mogelijkheden van preventie en beperking van verzuim, enz. zijn daarvoor nodig. In de tweede plaats schiet de beschikbare kennis en deskundigheid van arbodiensten vaak tekort, zeker als het om klachten van psychische aard gaat. De deskundigheid is doorgaans medisch en gericht op ziekte en de inzet is in de regel reactief en individueel gericht. Een factor daarbij is de inkleding van arbocontracten. Die is nu veelal op verzuimbegeleiding gericht, waarbij de betaling toeneemt met het verzuim. Onderzocht moet worden in hoeverre het omgekeerde mogelijk is; dat arbodiensten worden betaald voor het aantal niet-verzuimende werknemers met een korting per verzuimende werknemer. Daarnaast

zal voorzien moeten worden in het vermogen om arbeidsconflicten op te lossen. Die vormen een van de belangrijkste factoren van arbeidsgerelateerde klachten. Bij gebrek aan effectieve mogelijkheden tot beslechting slepen zij zich vaak eindeloos voort en vergen zo eerst vele 'slachtoffers' voordat er een einde aan komt. Tenslotte behoeft de mogelijkheid tot aanpassing van arbeid aandacht. Doorgaans is die pas aan de orde na geruime tijd van verzuim; de eerste reactie is het advies om 'rustig thuis te blijven'. Als verzuim echter een wijze is om met psychische druk en klachten om te gaan, kan vroegtijdiger aanpassing van arbeid juist een adequate methode zijn om verzuim te voorkomen.

Preventie uiteindelijk ook maatregelen die heel direct zijn gericht op mensen die potentieel klachten kunnen ontwikkelen. Thans zijn de betrokkenen daarbij veelal object; het is 'zorg voor'. Preventie die betrokkenen als subject behandelt is vermoedelijk op termijn doeltreffender. Betrokkene zelf is in de regel de eerste die te maken hebben met symptomen van psychische klachten, ook al zal hij ook niet de eerste zijn die de signalen als zodanig onderkent. Hoe langer iemand echter met onverwerkte klachten door blijft lopen des te moeilijker zal het zijn om de klachten effectief aan te pakken wanneer ze tot verzuim hebben geleid. Het vermogen om symptomen tijdig te herkennen en het bestaan van de problematiek bij zichzelf te aanvaarden, vormt daarom een wezenlijk element van effectieve preventie. Direct, maar ook indirect; want wie de symptomen bij zichzelf kan onderkennen, kan ze ook sneller in zijn naaste omgeving herkennen. Pas wanneer symptomen sneller herkend worden en ook aanvaard wordt dat men ze heeft, kunnen noodzakelijke reflexen om ze onder controle te houden onderdeel gaan uitmaken van de gewoonten en het maatschappelijk verkeer. Wanneer wordt onderkend: dat toenemende werkdruk en stress inherent zijn aan de huidige wijze van organiseren en functioneren; dat mitsdien ook de gevolgen in toenemende mate 'er bij horen' (één vijfde van de beroepsbevolking kampt er op een of andere wijze mee); dat het *dus* niets zegt als men er zelf niet immuun voor blijkt te zijn, maar dat dit *normaal* is, dan pas kunnen eenvoudige reflexen (bijv. de noodzaak van rust en ontspanning, na druk en inspanning) onderdeel van de maatschappelijke habitus gaan vormen en kan tijdig hulp gevraagd worden wanneer deze niet helpen. Pas dan kan ook de samenhang worden aangescherpt tussen hogere werkdruk en meer vrije tijd, en de verantwoordelijkheid om die vrije tijd niet te gebruiken voor ontspanning met meer stress dan de normale arbeidstijd. Pas dan wordt aanvaardbaar dat de symptomen kunnen wijzen in de richting van verandering van werk; zo lang het een ziekte is bestrijdt men deze om daarna hetzelfde werk te hervatten, maar worden de klachten inherent aan de arbeid, dan wordt verandering van arbeid een redelijke oplossing van de spanning.

Aanpak verzuim

Effectieve preventie kan verzuim om psychische redenen beperken, maar niet geheel voorkomen. Dat zou ook niet gewenst moeten worden. Kort verzuim kan een adequate reactie zijn op werkdruk of andere psychische stoornissen. Verzuim geheel willen uitsluiten, is gelijk aan het dichtbinden van de veiligheidsklep op een stoomketel; of er ontstaan elders ongecontroleerde lekken, of de machine zal niet optimaal kunnen functioneren, of ze zal op een goed moment ontploffen en geheel kapot zijn. Verzuim is ook niet het probleem maar verzuim dat voortduurt; dan wordt het zelf een onderdeel van het probleem. Niet dat verzuim als normaal moet worden aanvaard; voor de opvang van psychische klachten zijn andere en betere mechanismen. Daarom wordt een adequate aanpak bepaald door het antwoord op de vraag: wat is er nodig om te voorkomen dat iemand met psychische klachten langer dan korte tijd verzuimt?

Vanuit de gedachte dat niet een gevolg is van psychische klachten, maar een 'manier' om daar mee om te gaan, zal de aanpak steeds uit zowel gericht moeten zijn op werkhervatting als op

behandeling van de klachten. Een tijdige en adequate aanpak vergt voorts een actief optreden en begeleiding; een tijdige analyse van de problematiek, en aanpak daarvan, waarbij vanaf het begin de mogelijkheid van werkaanpassing wordt overwogen.

Psychische klachten gaan in de regel niet uit zichzelf weg en als het verzuim mede een middel is om de klachten uit de weg te gaan, kan de duur van het verzuim de klachten versterken. Daarom is snel **contact** nodig. Een moeilijkheid daarbij is dat niet vanaf het begin vaststaat dat het psychische klachten betreft die tot langdurig verzuim zullen leiden. In het merendeel van de gevallen van verzuim keert betrokkene na enige dagen op eigen kracht terug naar zijn werk. In de tussentijd zal hij verschoond willen blijven van een (huis-/bedrijfs)arts die zijn diensten opdringt. De intensiteit van het contact wordt daarom in de praktijk bepaald door de betrokken werknemer en de werkgever zal zich terughoudend opstellen uit een gevoel van respect voor de mondigheid van de patiënt die zelf wel bepaalt wat hij wanneer behoeft. Gevolg is echter dat vanwege de mogelijke irritatie van sommigen, anderen aan zich zelf worden overgelaten en daardoor steeds verder ‘in een moeras van verzuim en psychische stoornis’ verzakken. Gelet om de aantallen mensen waar het omgaat zou die terughoudendheid doorbroken moeten worden. Het bezwaar dat contact en eventueel controle niet ‘normaal’ zijn en dus als wantrouwen ervaren zullen worden, laat zich eenvoudig pareren door het contact normaal te maken, bij voorbeeld door dit als vast praktijk of regeling vast te stellen in geval van verzuim. Uitgangspunt moet zijn dat zeker in gevallen waar oorzaak en duur van het verzuim niet op voorhand duidelijk zijn, er zo snel mogelijk contact vanuit het bedrijf plaatsvindt. De irritatie over medische rompslomp bij sommigen zal vermoedelijk niet opwegen tegen de opluchting bij anderen dat eindelijk serieus aandacht aan de klachten wordt besteed. Hoe beter de symptomen van psychische klachten tijdig worden herkend²⁹, des te meer zal de onnodige irritatie voorkomen kunnen worden.

In het verlengde van de behoefte aan snel contact ligt die aan **begeleiding**. Te vaak lopen aandacht, behandeling en inzet in de praktijk vast in het ongecoördineerd langs elkaar heen werken van instanties, interventies en goede bedoelingen. Uitgangspunt is veelal het beeld van het rationeel handelend individu die zelf adequaat voor zijn belangen en mogelijkheden opkomt. Noch werkgevers noch gezonde werknemers voldoen aan dat beeld. Zij weten doorgaans nauwelijks hun weg door het ‘woud’ van mogelijke hulp. Dat geldt a fortiori iemand met psychische klachten die niet weet wat hij moet willen. Begeleiding dient in die gevallen te voorzien in het ontbreken van een ‘natuurlijk’ mechanisme van afstemming met betrekking tot tenminste drie aspecten: het behandel- en herstel-traject (onderlinge afstemming van zorg, behandeling en hulp), de werkhervatting (‘Disability Management’³⁰) en de persoonlijke begeleiding van de verzuimende werknemer. Zo lang die als passief object de zorg en behandeling ondergaat, valt een effectieve bestrijding van de klachten en oorzaken niet te verwachten. Maar tegelijk wijst het verzuim er op dat betrokkene nu juist niet in staat is om zichzelf psychisch aan te pakken; daarom moet er iemand naast gaan staan. Vandaar ook dat de verzuimende werknemer die op zich zelf de meest aangewezen figuur is om in de verschillende behoeften te voorzien, daar niet beschikbaar voor is.

Een voortvarende aanpak is nodig. De aandacht dient zich daarbij niet alleen te richten op behandeling van de klacht als oorzaak van het verzuim. Psychische klachten zijn doorgaans van oudere datum en vormen soms een onmisbaar element van het bestaan van betrokkene. Bij

²⁹ De recente NVAB richtlijn ‘Handelen van de bedrijfsarts bij psychische klachten’ en de PKA testversie voor huis- en bedrijfsartsen (KNMG/SKB) bieden verbeteringen in dat opzicht.

³⁰ Zie ook ‘Disability Management in Nederland; een verkenning van mogelijkheden, in opdracht van de NCCZ’; TNO-rapport van 19-4-1999

verstoring van het psychisch evenwicht of van de ‘normale’ omgang met de klachten is verzuim slechts de meest beschikbare reactie, maar het verzuim kan daardoor niet beëindigd worden door de keten van oorzaak en gevolg terug te draaien. Het is niet mogelijk om de druppel terug te draaien en het is vaak niet wenselijk om de ‘klachten’ weg te nemen. Doel van de behandeling zal dan ook moeten zijn om een nieuwe balans of modus te vinden waarop iemand met zijn eigen complexen en problemen kan leven. Vanuit die optiek is het verantwoord om ervan uit te gaan dat gelijk met de klachten ook het verzuim bestreden moet worden door **werkhervatting**. Waar het oogmerk van behandeling gelegen is om functioneren en eigenbesef opnieuw in evenwicht te brengen met de omstandigheden, zal dit per definitie variëren al naar gelang de omgeving van het functioneren (familie-, gezins-, arbeids-, sociale omgeving). Hoe meer het disfunctioneren beperkt tot bepaalde levensbereiken beperkt kan worden, des te beter zal het te behandelen zal zijn.

Werkhervatting moet in dit verband echter niet gezien worden als het zonder meer hervatten van de normale dagelijkse arbeid. De klachten zullen nog steeds aanwezig zijn en behandeling behoeven. Als dan de arbeid te snel volledig hervat wordt, keert het verzuim na korte tijd terug en is dan nog moeilijker te behandelen. Werkhervatting als onderdeel van de aanpak van de onderliggende problematiek vergt dan ook in beginsel gedurende kortere of langere termijn aanpassing van arbeid: in de tijd, in omvang, in aard of in omgeving. Daarover moeten werkgever en werknemer beide beslissen en dat vergt doorgaans inschakeling van de bedrijfsarts of andere begeleiding in bedrijfssfeer. Aanpak van de klachten vergt tegelijk inschakeling van de huisarts. Niet alleen omdat deze in de meeste gevallen de ingang vormt voor de curatieve zorg, maar ook omdat hij de nodige specialistische hulp kan inschakelen. In het belang van een snelle aanpak zal de beslissing over indicatie en hulp zo snel mogelijk genomen te worden. Vandaar dat een gecombineerde aanpak van werkhervatting en klachtbestrijding samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts vergt en integratie van de aanpak aan het begin. Dat veronderstelt overeenstemming over opties, indicatie en verwijzing, en praktische samenwerking, waarbij ieders oordeel in beginsel door de ander gevolgd moeten worden, en beslissingen over en weer door de ander uitgevoerd moeten worden. Dat vereist gemeenschappelijke protocollen, ontwikkeling van richtlijnen en bevordering van deskundigheid.

Een wezenlijke voorwaarde voor een tijdige, adequate aanpak is de beschikbaarheid van een omvattende **probleemanalyse** en een daarop berustend plan van aanpak. Een eerste stap is een tijdige herkenning en indicatiestelling. Daar blijft het nu veelal bij, ook als blijkt dat de ‘behandeling’ niet effectief is. Een probleemanalyse komt thans doorgaans eerst tot stand op het moment van WAO-beoordeling en zelfs op dat moment is er vaak geen sprake van een echte probleemanalyse. In de meeste gevallen wordt op basis van een beoordeling van de klachten besloten tot een volledige uitkering. Met name bij ziekteverzuim wegens psychische klachten, waarbij een verhoogde kans op chronisch verzuim bestaat, is een professionele, multifactoriële probleemanalyse noodzakelijk. De waarde daarvan is niet primair gelegen in het krijgen van een volledig beeld van wat de klachten nu precies zijn. Dat ontstaat pas na geruime tijd. In geval van verzuim om psychische redenen heeft de probleemanalyse echter vooral ook de functie van een vaststelling dat een ‘normale’ behandeling niet voldoende is om tot werkhervatting te komen. Vanuit technische medische optiek is er een tendens om de analyse naar achteren te schuiven, maar zij is al nodig wanneer na een aantal weken blijkt dat de behandeling tot dusver niet helpt, zodat gezien moet worden wat een betere aanpak is. De NVAB-richtlijn acht een grondiger analyse dan ook al aangewezen als bij een eerste evaluatie (na 4-6 weken) blijkt dat er geen gunstige ontwikkeling is met vermindering van klachten en een begin van werkhervatting (althans plannen daartoe).

In het voorgaande is geconstateerd dat een voortvarende aanpak, een probleemanalyse of een doelmatige verwijzing een adequate bepaling van klachten en implicaties vergen. Gebrekkige herkenning en indicatiestelling leidt tot te laat wordt ingegrepen. Daarin is tegelijk een van de grootste knelpunten gelegen. Want oplossingen die het bestaan van heldere eenduidige criteria veronderstellen, dreigen in de behoefte daaraan vast te lopen. Niet bij gebrek aan criteria; die zijn er te over. Er zijn classificaties, NVAB richtlijnen, Lisv-richtlijnen³¹, maar tot dusver hebben al deze criteria geen einde aan de heersende verwarring gemaakt en mogelijk daar zelfs aan bijgedragen³². De kennis omtrent de psychische klachten waar het hier meestal om gaat (stemmings-, angst- en stressgerelateerde stoornissen) is nog zeer beperkt en bij de bedoelde criteria gaat het meer om herkenning van de klachten en niet om inzicht in de implicaties daarvan voor de behandeling en het functioneren in arbeid. De behandeling van psychische klachten berust doorgaans ook niet op eenduidige criteria en een eenvormige toepassing. De behoefte daaraan is niet primair een medische of arbeidsdeskundige, maar een juridische. De medische en arbeidsdeskundige praktijk kan heel wel leven met variatie binnen zekere marges. Het oordelen is een ambachtelijke vaardigheid, niet een kunde.

Het streven naar eenduidigheid bij aanpak en behandeling beantwoordt primair aan een juridische behoefte. Zij vloeit voort uit de handhaving van de rechten, plichten en aanspraken in verband met het verzuim en de arbeidsongeschiktheid. De behoefte berust ook wel op de eisen die communicatie tussen de verschillende personen die bij de behandeling betrokken zijn stelt, maar het is de wetgeving die dwingt tot een één op één relatie tussen klachten, aard en gevolgen, welke in theorie en praktijk doorgaans minder goed verantwoord kan worden. Maar als op deze wijze dubbelzinnig begrippen en relaties ondubbelzinnig vastgelegd moeten worden, dreigt de discussie daarover vast te lopen in meningsverschillen over de diagnose. Indien objectief niet 'harde' criteria, die bovendien vanuit verschillende oogmerken moeten worden gehanteerd, in wet en recht moeten worden vertaald, zal de beoordeling op basis daarvan niet een uitkomst, maar een input worden. De criteria zijn dan niet de maatstaf waaraan het gedrag kan worden afgemeten, maar ze worden een norm waar het gedrag en het oordeel naar gaan staan.

Het is in het licht hiervan minder zinvol om uit te gaan van een aanpak die gemeenschappelijke, objectieve en eenduidige criteria en ijkpunten veronderstelt. Een beter inzicht in de klachten en een convergentie bij de behandeling is wenselijk, maar vooralsnog kan in de praktijk beter van het tegendeel worden uitgegaan. Dat houdt in dat codificatie van criteria voorkomen moet worden; dat waar in het verkeer tussen beroepsgenoten afstemming nodig is, daarin door meer en beter overleg voorzien moet worden, waarbij primair overeenstemming moet worden nagestreefd over wat niet aan de orde is.

Kwaliteit ondersteuning

Om tot een adequate inzet en aanpak te komen in de drie maanden rond het ontstaan van het verzuim zullen de voorzieningen op het terrein van verzuim en psychische arbeidsongeschiktheid mede ter ondersteuning van dat doel moeten functioneren. Op dit moment richten de aandacht en inspanningen zich nog vooral op de instroom in de WAO en op reïntegratie daaruit. Maar beheersing van de instroom vergt dat de focus van uitvoering en inzet van middelen komt te liggen bij de aanpak in de eerste fase van het verzuim. Verantwoordelijkheden en taken moeten vanuit die optiek georganiseerd worden. De huidige

³¹ Het 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium' (MAOC) en de standaard 'Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden' (GDBM)

³² Zie Ctsv-onderzoek (mei 2000)

focus is evenwel in hoge mate in wetgeving en bestuur geïnstitutionaliseerd. Het verleggen daarvan is dan ook een kwestie van lange adem. Daar kan niet op gewacht worden om tot verbetering te komen. Derhalve zullen voorzover mogelijk binnen het bestaande wettelijk kader de randvoorwaarden verbeterd moeten worden. In essentie kunnen daarbij vijf aspecten onderscheiden worden als randvoorwaarden voor een effectieve aanpak van het verzuim: a) informatie, voorlichting en opleiding, b) motivatie om het verzuim te beperken, c) concentratie van inzet, d) beschikbaarheid en financiering van voorzieningen en e) regie en verantwoordelijkheid.

Kennis, inzicht en informatie over het verschijnsel van psychische klachten, stress, enz. zijn beperkt. Het verschijnsel is omgeven met een zeker taboe. Het heeft inmiddels echter een zodanige omvang, dat zou het gaan om een ziekte er sprake zijn van een epidemie van verontrustende omvang. Vanuit die optiek behoeven informatie, voorlichting en opleiding over het verschijnsel algemeen versterking als eerste voorwaarde om de problematiek hanteerbaar te maken. In dat kader behoeft in de eerste plaats de informatievoorziening verbetering.

Informatie die er is heeft vooral betrekking op het gebruik van voorzieningen in verband met psychische klachten. Die laat slechts de ‘top van de ijsberg’ zien en de statistische contouren. Gegevens die meer direct bij voorlichting, preventie en vroege signalering bij het ontstaan van verzuim gebruikt kunnen worden, ontbreken. Naast algemene informatie behoeven voorts gegevens over de behandelingen en de werkzaamheid van interventies een bredere verspreiding en uitwisseling. Een tweede randvoorwaarde naast informatie is **voorlichting**. Er dient veel breder zicht te bestaan op het verschijnsel, op de oorzaken daarvan en op de mogelijkheden van preventie. Voor alles moet bekend worden dat psychische klachten niet alleen behandelbaar, maar ook hanteerbaar zijn; niet alleen voor de direct betrokkene, maar ook voor de omgeving. Tevens moet benadrukt worden dat psychische klachten algemeen voorkomen en dat de klachten mede ontstaan door factoren waar men greep op kan krijgen. Daarbij gaat het niet alleen om de arbeidsorganisatie, maar ook om de wijze waarop het eigen leven onder druk van omstandigheden is ingericht. In de derde plaats zal inzicht gegeven moeten worden in de aard van de klachten. Dat gedragsaanpassing een antwoord kan bieden en dat de klachten weer terugkeren wanneer het oude gedrag weer wordt hervat. Tenslotte moeten scholing en opleiding van de hulpverlening verbeterd worden. Thans doen zich knelpunten op het punt van de herkenning en diagnose van psychische klachten en op het punt van kennis over en vaardigheden met betrekking tot interventies. Wat er aan opleiding is, is gericht op de afzonderlijke beroepsgroepen. Daarmee wordt het multidisciplinaire karakter van de behandeling en de intrinsieke noodzaak van samenwerking en onderling vertrouwen op elkaars deskundigheid, miskend. Met het oog daarop moet gestreefd worden naar combinatie van cursussen en (bij)scholing.

Informatie en voorlichting zijn nodig maar niet voldoende; er moet ook de **wil en prikkel** zijn om er gebruik van te maken. Bij de werknemer en werkgever moet die bovendien gelijktijdig en onderlinge samenhang aanwezig zijn. Preventie, verzuimbegeleiding en werkhervatting zijn evenzovele elementen die een gelijktijdige inzet van werknemer en werkgever vergen. Daartoe is het scheppen van ‘prikkel’ niet voldoende. Gangbaar is om stimulans te vertalen in financiële prikkel. Maar dat is ‘de staart’ van het vraagstuk. Pas als aan alle voorwaarden voldaan is om het probleem hanteerbaar te maken, kunnen prikkels die het eigenbelang mobiliseren aan de orde komen. Uit onderzoek blijkt dat ruwweg de helft van de werkgevers geen zicht hebben op de mogelijkheden van preventie enerzijds, en anderzijds op de potentiële kosten van het nalaten. Evenzo heeft de gemiddelde werknemer weinig zicht op de gevolgen als hij ‘thuis blijft zitten tot hij zich weer in staat voelt om te gaan werken’. Voordat stimulering aan de orde is, moet aan betrokkenen duidelijk zijn dat de problematiek te

beïnvloeden valt en effectief voorkomen of bestreden kan worden en moeten ze de *instrumenten* hebben die daarbij nodig zijn. Informatie en inzicht zijn daarbij niet alleen een kwestie van voorlichting, maar ook van begeleiding; zowel van werknemers, als van werkgevers, met name kleine ondernemingen.

Tegenhanger van de het prikkelen van de wil bij de direct betrokkenen is de **concentratie van aandacht en inzet** bij de diverse uitvoeringsinstellingen. Binnen de grenzen van hun mogelijkheden kunnen zij bijdragen aan een effectieve aanpak rond het begin van het verzuim. De WAO-beoordeling zelf zou meer gericht kunnen worden op versterking van de inzet in het eerste verzuimjaar. De claimbeoordeling zou mede aangegrepen moeten worden om de uitgangspositie voor werkhervatting te bekijken; het ontbreken van wezenlijke elementen zoals bijvoorbeeld het ontbreken van een 'probleemanalyse' zou beschouwd moeten worden als een gebrek aan inzet bij het voorkomen van de WAO waardoor het recht vervalt. Verzekeringsartsen zouden voorts de mogelijkheid moet hebben van een tijdelijke afwijzing van de claim in afwachting van nadere stappen en inspanning.

Een effectieve aanpak en de toepassing van werkzame interventies wordt vooral bepaald door de **beschikbaarheid en toegankelijkheid** van **zorgvoorzieningen**. Mensen bewust maken van een probleem is slechts zinvol als het kan worden behandeld en opgelost. Met name in de specialistische hulp zijn er evenwel lange wachttijden; vaak zelfs langer dan de incubatietijd van psychische klachten. Een voorziening die te laat is, is er niet met als gevolg dat de kansen op werkhervatting en herstel afnemen. Voorzieningen op commerciële basis bieden hooguit een aanvulling en de beslissing over inschakeling daarvan ligt veelal bij de werkgever. Capaciteitstekorten zijn een probleem van lange adem, maar de toegankelijkheid van eerstelijnsvoorzieningen ware al op korte termijn zo breed mogelijk te maken.

Een laatste aspect van een effectieve aanpak is de **regievoering** daarbij. Gewezen is op de afwezigheid van een verborgen-hand-mechanisme. Hulp en voorzieningen werken daardoor niet doeltreffend, ook al handelt ieder vanuit eigen optiek doelmatig. Een aanpak die zich concentreert op de eerste maanden rond het ontstaan van het verzuim, vergt samenwerking tussen diverse instanties die in beginsel zelfstandig opereren. Bij gebrek aan een adequaat mechanisme van afstemming richt ieder zich evenwel op het eigen onderdeel in het hele proces, waardoor interventies en activiteiten die in elkaar moeten grijpen, los van elkaar komen te staan. Zolang een effectief mechanisme ontbreekt dat 'automatisch' tot afstemming leidt, zal daar op drie niveaus door overleg en regievoering in voorzien moeten worden. In het *individuele* geval door het gericht management; op *landelijk* niveau door overleg in de commissie en tussen de verschillende beroepsgroepen, en tenslotte op *lokaal of regionaal* niveau door afstemming tussen de verschillende artsen, instanties en bedrijfshulpverleners zinvol. Op dit moment bestaat nauwelijks contact tussen beide artsen en is er onvoldoende onderling vertrouwen. De (on)afhankelijke positie van de bedrijfsarts speelt daarbij een rol. Bij toepassing van richtlijnen en afspraken die op landelijk niveau tot stand zijn gekomen dreigt daardoor een wederzijds irritatie. Dat kan voorkomen worden indien de verschillende betrokkenen de mogelijkheid hebben om elkaar van tijd tot tijd te ontmoeten en te spreken.

Plan van aanpak

Het effectief voorkomen van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid om reden van psychische aard is niet een kwestie van een goed rapport of een wettelijke maatregel. Een doeltreffende tijdige aanpak hangt af van de adequate reactie van ieder die in een concreet geval wordt geconfronteerd met de problematiek; dan wel omdat hij het aan den lijve ondervindt, dan wel omdat het iemand in zijn omgeving overkomt. Pas als voldoende mensen

op het juiste moment weten hoe te reageren, mag een verbetering verwacht worden. Door wetgeving kan men die veranderde houding niet bewerkstelligen; de samenleving verandert niet per decreet. Aangenomen dat de meeste mensen van goede wille zijn, zijn er twee bepalende factoren: weten hoe te handelen en inzicht dat het zin heeft.

Vanuit die optiek heeft de commissie zich in het afgelopen jaar gericht op de vraag hoe de inzichten en conclusies van de analyse van juni 2000 en de in het voorgaande genoemde elementen van een aanpak, in de praktijk vertaald kunnen worden. Gekozen is voor drie invalshoeken. In de eerste plaats is een Leidraad opgesteld die zo concreet mogelijk regie aanwijzingen bevat voor de aanpak van verzuim om reden van psychische klachten. Niet bij wijze van spoorboekje, maar als stapstenen die een kader bieden voor de wijze waarop met individuele gevallen kan worden omgegaan. De noodzaak van het aanpakken van verzuim in een concreet geval kan vaak echter voorkomen worden wanneer het verzuim zelf voorkomen kan worden. Dat vergt een andere aanpak. Het voorkomen van verzuim zal zich meer structureel op de arbeidsorganisatie als geheel richten, teneinde daarin de ruimte en de sturingsmechanismen in te bouwen die het mogelijk maken dat werknemers de eventuele psychische belasting zelf of met hulp van collega's en chef kunnen reguleren en aanpassen aan hun (variërende) belastbaarheid. Het betreft kortom een organisatiegerichte structurele preventie in onderscheid van een meer op het individu gerichte aanpak in het geval dat het verzuim eenmaal is ontstaan. Een doeltreffende preventie vereist uiteindelijk dat het functioneren van een arbeidsorganisatie moet kunnen worden beoordeeld aan de hand van kengetallen en criteria. Naar het inzicht van de commissie is de tijd rijp dat op dat punt wezenlijk voortgang gemaakt kan worden. Zij is dan ook voornemens om in de derde periode van haar werkzaamheden, naast de begeleiding van de introductie van de Leidraad te komen tot een opzet voor de normering en certificering van wat beschouwd moet worden als een gezonde arbeidsorganisatie.

Een derde invalshoek wordt tenslotte gevormd door de promotie enerzijds van de Leidraad en de inzichten waar deze op berust en anderzijds het bevorderen en coördineren van de vele acties die nu al worden ontplooid door, binnen en tussen de verschillende beroepsorganisaties. Met het oog daarop heeft de commissie in samenwerking met (het centrum voor psyche en arbeid) door het Trimbos-instituut een inventaris laten opstellen van de vele initiatieven, projecten en werkgroepen die op dit terrein bestaan. op basis daarvan heeft de commissie een plan van aanpak opgesteld dat de verschillende activiteiten, maatregelen en initiatieven omvat die nodig zijn om enerzijds het gebruik van de Leidraad bij de aanpak van verzuim om redenen van psychische aard algemeen ingang te doen vinden en om anderzijds het proces van ontwikkeling van samenwerking, kennis en '*good practices*' op dit terrein te stimuleren.

De commissie onderkend daarbij dat de verschillende initiatieven zich vooral richten op de aanpak van verzuim en het voorkomen van nieuwe gevallen van arbeidsongeschiktheid om psychische redenen. Voor de grote groep van 300.000 bestaande arbeidsongeschikten op basis van een psychische diagnose biedt die aanpak minder perspectief. Het gaat daarbij evenwel wat de aanpak betreft om een wezenlijk ander probleem. Bij het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid heeft men voor de aanpak en het treffen van maatregelen ook de werkgever als aanspreekpunt naast de betrokken werknemer en een arbeidsrelatie in het kader waarvan de problematiek aangepakt kan worden. Bij bestaande gevallen van psychische arbeidsongeschiktheid is van dat alles geen sprake. Men heeft slechts uitvoeringsinstellingen en reïntegratiebedrijven als aanspreekpunt en een uitkeringsrelatie als basis om tot werkhervatting en behandeling van klachten te komen. Dat levert een heel andere context op en impliceert een heel ander vertrekpunt.

De bedoelde drie invalshoeken en de uitwerking daarvan in respectievelijk een eventuele **code** voor een **gezonde arbeidsorganisatie**, een **Leidraad** voor de aanpak van verzuim om redenen van psychische aard, en een **Plan van Aanpak** voor de invoering van de Leidraad en de coördinatie van de activiteiten op het terrein van ontwikkeling van kennis, ervaring en normering van de aanpak van psychische problematiek komen in de volgende drie hoofdstukken meer in detail aan de orde.

Preventie van klachten en verzuim

Algemeen

Langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid om redenen van psychische aard zijn in het overgrote deel van de gevallen niet nodig, ze kunnen althans voorkomen worden door een tijdige adequate aanpak van het verzuim. Maar ook het verzuim zelf en de psychische klachten die daarachter staan kunnen veelal voorkomen worden. Het arbeidsklimaat en -omstandigheden alsmede de kwaliteit van de arbeidsverhoudingen binnen de arbeidsorganisatie waarin betrokkene werkzaam is, zijn daarbij bepalend. Dat geldt als de oorzaken van de klachten geheel buiten de arbeidssfeer liggen en het geldt a fortiori als de klachten arbeidsgereleerd zijn. Desondanks kan worden vastgesteld dat op dit moment het preventiebeleid in de meeste bedrijven minimalistisch is: bedrijven leven naar de letter maar niet naar de geest van de wetten die preventief beleid beogen te bevorderen.

Naar schatting 40% van de psychische arbeidsongeschiktheid is arbeidsgereleerd. Veel psychische klachten die kunnen leiden tot verzuim en uiteindelijk tot arbeidsongeschiktheid worden in verband gebracht met: hoge tijdsdruk of tempodruk (werkdruk), arbeidsconflicten (mede als gevolg van ongewenste omgangsvormen en pesten), gebrek aan sociale steun en agressie en geweld (Veerman e.a., 2001). Deskundigen zijn het er overigens over eens dat het wegnemen van deze bronnen een noodzakelijke maar nog niet een voldoende maatregel is. Nodig is ook: het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers bij de inhoud en organisatie van het werk, organisatorische voorwaarden scheppen voor een goede combinatie van arbeid en zorgtaken, het creëren van uitdagend werk, het bieden van kansen voor leren en ontwikkelen zodat werknemers goede kansen houden op de (interne) arbeidsmarkt en gevoelens van onzekerheid bij reorganisaties gereduceerd worden (employability).

Deze bronnen voor psychische klachten en opties voor een psychisch gezonde ontwikkeling van werknemers worden bepaald door het werkproces, de structuur en de besturing van een organisatie, de verdeling van taken en bevoegdheden, de samenwerking, de arbeidsomstandigheden, de stijl van leidinggeven en de cultuur. Dat maakt dat binnen één sector in de ene organisatie veel minder uitval door psychische klachten voorkomt dan in de andere. Binnen sectoren blijkt over het algemeen dat een klein aantal organisaties verantwoordelijk is voor een groot deel van het verzuim. Een goede organisatie, goed arbo- en P&O beleid, goed werkgeverschap en goede arbeidsverhoudingen blijken daarbij bepalend te zijn.

Preventief beleid is mogelijk en nodig; het maakt werken bovendien leuker en bedrijven en instellingen productiever en innovatiever. Dat het kostenbesparend is, dringt nog weinig door. Preventie van verzuim en preventie van arbeidsongeschiktheid zijn nauw met elkaar verweven, met name op het punt van individu-gerichte begeleiding, coaching, zorg, werkaanpassing en -hervatting. Het betreft echter een verschillende aanpak en benadering. Preventie van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid van individuele werknemers met psychische klachten - secundaire preventie - is gericht op de behandeling van psychische klachten en werkhervatting van de werknemer die door psychische klachten dreigt te worden geveeld of is geveeld. Primaire preventie is gericht op de organisatie als geheel en het structureel binnen de arbeidsorganisaties scheppen van ruimte en de sturingsmechanismen die maken dat werknemers psychische belasting zelf of met hulp van collega's en chef kunnen reguleren en omzetten tot psychische uitdagingen, naar hun (variërende) belastbaarheid. Het betreft maatregelen die gericht zijn op het wegnemen van factoren of omstandigheden waarvan bekend is dat zij bevorderlijk zijn voor

psychische klachten, maar evenzeer maatregelen die gericht zijn op concrete situaties binnen een bedrijf waarvan gebleken is dat zij bovenmatig tot verzuim leiden.

Primaire preventie

Ontwikkeling van preventief beleid

Primair preventieve of 'bronaanpak' is niet nieuw; het is de kern van de Arbowet die al sinds het einde van de jaren zeventig van kracht is. In 1990 werden de 'welzijnsbepalingen' in de wet van kracht; daarmee werden ook eisen gesteld ten aanzien van condities die van belang zijn voor de preventie van werkdruk en stress en ter bevordering van leren en ontwikkelen. Met de aanpassingen van de wet (TZ/Arbo, 1994) die werkgevers verplichten tot het voeren van een 'arbobeleid', het zich aansluiten bij een Arbodienst en een verplicht eigen risico voor de eerste zes weken, werd eveneens beoogd de primaire preventie te bevorderen. De verplichte Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E, ook TZ/Arbo) heeft als doel de bronnen die risico's vormen tijdig op te sporen en weg te nemen. Een Arbodienst dient deskundigheid op dat vlak in dienst te hebben: de A&O deskundige. In 1996 en 1998 volgden respectievelijk de wetten WULBZ en Pemba; zij beoogden werkgevers tot een preventiefbeleid aan te zetten door het verlengen van het eigen risico en het invoeren van premiedifferentiatie.

Al die wettelijke maatregelen hebben in afgelopen 25 jaar niet tot het gewenste resultaat geleid; het heeft niet voorkomen dat 'nieuwe' volksziektes als spanningsklachten, overspanning en burn-out steeds meer slachtoffers zijn gaan eisen. Het heeft veel te weinig geleid tot leren en ontwikkelen in arbeidsorganisaties. Dat is niet onbegrijpelijk. Wettelijke plichten moeten worden nageleefd ongeacht het resultaat en ongeacht het eigen belang dat men heeft bij het voorgeschreven handelen. Of het werkt en of het profijtelijk is doet er niet toe, het moet. Gevolg is dat die beide aspecten dan ook al gauw uit het oog worden verloren en de naleving van wettelijke plichten die als knellend worden ervaren, tot een minimum wordt gereduceerd; niet eens uit berekening of onverantwoordelijkheid, maar uit gemakzucht. Vandaar dat het nog weer verder aanscherpen van arbo-verplichtingen vermoedelijk niet tot verbetering zal leiden.

Een doeltreffende aanpak van preventie vergt dat werkgevers en werknemers belang zien en hebben in het resultaat. Wanneer in de praktijk blijkt dat het werken in een gezonde organisatie leuk is en tot ontwikkeling uitdaagt; dat het verzuim reduceert, kosten bespaart en de doeltreffendheid en innovatie van de onderneming bevordert, mag verwacht worden dat de aanpak op den duur ook verbetert. De belangrijkste prikkel voor de werkgevers moet zijn dat de effecten van preventief beleid op de financieel economische gezondheid van het bedrijf of de instelling zichtbaar worden. Dat is het geval wanneer het preventieve beleid leidt tot vermindering van verzuim en uitstroom naar de WAO. Dit mechanisme kan versterkt worden door kwalitatieve en kwantitatieve informatie te verstrekken over de concrete baten van preventief beleid bij enkele voorbeeldbedrijven. Er zijn studies waaruit blijkt dat in deze bedrijven de productiviteit, de flexibiliteit en het innovatief vermogen zijn toegenomen. Er zijn schattingen ('best guess') van de baten in geld, door preventief beleid in bedrijven gerealiseerd. De kosten van de investeringen zijn betrekkelijk makkelijk in kaart te brengen.

Goed preventief beleid biedt concurrentievoordelen omdat gemotiveerd en betrokken personeel tot betere productie en dienstverlening leidt en omdat gezonde bedrijven gemakkelijker werknemers kunnen werven en vasthouden. Hierbij is echter van een uitgesteld effect sprake. Investerings in personeel zullen op wat langere termijn hun vruchten afwerpen. Niet alle organisaties zullen zo lang op de resultaten willen of kunnen wachten. Met name

kleine en middelgrote bedrijven, zullen daarom bij die investeringen geholpen moeten worden of elkaar moeten helpen.

Indien het mogelijk blijkt om de criteria en kenmerken van een ‘gezond’ functionerende arbeidsorganisatie zodanig concreet en ondubbelzinnig te maken dat aan de hand daarvan het resultaat voorspelbaar wordt, is het denkbaar dat op termijn ook de WAO-premie op basis daarvan gedifferentieerd kan worden. Het biedt een vermoedelijk doeltreffender prikkel dan de huidige gedifferentieerde premie (Pemba) waar oorzaak en gevolg slechts indirect gerelateerd zijn en jaren uit elkaar liggen. Ook verzekeraars zouden veel meer dan thans gebeurt, premies kunnen koppelen aan ziekteverzuim en WAO-cijfers, cq een no-claimkorting kunnen aanbieden.

Ook wanneer op deze wijze belang bestaat in het resultaat van primaire preventie, is dat resultaat daarmee nog niet verzekerd. Die belangstelling zal vervolgens omgezet moeten worden in structurele maatregelen mechanismen. Er is echter geen blauwdruk van wat men zou kunnen aanduiden als een gezonde arbeidsorganisatie en geen protocol voor een doeltreffend preventiebeleid. Iedere organisatie wordt met specifieke eisen van buiten en van binnen geconfronteerd en moet daar met de bestaande middelen en mensen – ook karakteristiek voor de eigen organisatie - op reageren. Dat laat onverlet dat een aantal kenmerken en stappen aangewezen kunnen worden die de ontwikkeling van preventief beleid kunnen oriënteren en bedrijven en instellingen kunnen stimuleren en helpen bij de ontwikkeling van een moderne, professionele en gezonde (in twee betekenissen) organisatie. Kernpunt daarbij is dat de werkgever en de werknemer of de werknemersvertegenwoordiging verantwoordelijk zijn voor het verloop van het proces, zij voeren samen de regie.

Hieronder wordt bij wijze van eerste aanzet een richtsnoer gegeven, dat berust op de ervaring in bedrijven en de analyses die daarvan door deskundigen zijn gemaakt. Dat maakt dit niet tot geopenbaarde waarheid of garantie voor succes. De werkgever zal de betrokkenheid van het personeel moeten verwerven en daarbij voor de eigen omstandigheden oplossingen moeten vinden. De stappen om te komen tot preventief beleid zullen moet aansluiten bij het kwaliteitsbeleid, het kennis- en competentie management en de invoering van een bedrijfsbrede voorzieningen. Bepalend is slechts het resultaat: een effectieve onderneming waarin de personen gezamenlijk en de systemen het vermogen hebben om tijdig risico's uit te bannen en kansen te benutten, een ‘gezonde’ onderneming. Hier wordt vooralsnog volstaan met een beschrijving van basisregels die in acht genomen moeten worden genomen, de kenmerken van een gezonde onderneming en stappen die naar het huidige inzicht tot dat resultaat kunnen leiden.

Basisregels

Aan de ontwikkeling van preventief beleid in organisaties liggen een aantal basisregels ten grondslag³³: Een eerste is dat incidentele maatregelen niet beklijven. **Systematisch en planmatig werken is nodig.** Een beleidscyclus van: verkenning van problemen en kansen, analyse daarvan, keuze van maatregelen, implementatie van maatregelen, evaluatie en verankering in structuur en beleid, is altijd en overal toepasbaar. Goede afspraken zijn nodig over: acties, termijnen, verdeling van taken, verantwoordelijkheden en budgetten. In de tweede plaats is **een omvattend plan en aanpak nodig.** Het doorvoeren van één enkele maatregel, heeft als risico dat er elders nieuwe problemen ontstaan; het is daarom nodig dat een goede

³³ zie ook Kompier en Cooper, 1999

diagnose van risico's én kansen wordt gemaakt, op afdelings- of organisatie-niveau, (RI&E, PAGO, onderzoek door externe deskundige van Arbodienst of ander instituut).

De organisatiestructuur en -cultuur dienen voorts de ruimte te bieden voor het gezamenlijk overleggen en beslissingen nemen over bijvoorbeeld de taaklast en omgangsvormen. Maar de werknemers moeten ook de vaardigheden en durf hebben of ontwikkelen om die geboden ruimte te benutten. Vandaar dat een **combinatie nodig is van op de organisatie gerichte maatregelen en op training van individuele medewerkers gericht maatregelen**.

Dit vergt enerzijds: **betrokkenheid van medewerkers**. Medewerkers en middenkader moeten zelf aan de slag met risico's en kansen. Het blijkt nog belangrijker dát de betrokkenen iets doen, dan wát ze precies doen. Door zelf de arbeidssituatie te analyseren, kunnen werknemers en leidinggevend een samenhangend pakket van maatregelen kiezen dat specifiek bij hun mogelijkheden en hun werk past en waarvoor draagvlak is. Een dergelijke werkwijze vergroot de betrokkenheid en de sociale cohesie in de kern van organisaties, voor preventie van psychische klachten en verzuim is dat belangrijk. Voordeel is ook dat al doende het zelfoplossend vermogen in de organisatie wordt verhoogd.

Daarnaast is **betrokkenheid nodig van (top)management en ondernemingsraad**. De aanspraken op medewerking en verantwoordelijkheid voor de organisatie en de mensen die er in werken, vormen de motor van de ontwikkeling van preventief beleid. Praktisch gesproken moeten zij de stuurgroep vormen voor de uitvoering van de stappen in de beleidsontwikkeling. Deze partijen zullen moeten waarborgen dat er ook blijvend gevolg wordt gegeven aan de uitkomsten van het proces. **Uiteindelijk zal preventief beleid verankerd moeten worden in de normale beleidscyclus in de organisatie.**

Kenmerken van een gezonde onderneming

Algemeen

In het denken over ondernemingen staan financiële gezondheid, doeltreffendheid als productieorganisatie en rationaliteit als organisatie, voorop. De organisatie heeft in de regel een extern georiënteerde missie als ijkpunt en het functioneren wordt daaraan ondergeschikt gemaakt. Ieder is vrij om te komen werken; maar wie er voor kiest, schikt zich daarmee in de doelen van de organisatie. In dat beeld is de relatie tussen persoon en organisatie snel gereduceerd tot een contract voor het verrichten van arbeid tegen betaling. Die benadering contrasteert echter met het beeld dat arbeid steeds meer en nadrukkelijker wordt gezien als voorwaarde voor een zinvol bestaan en voor deelneming aan het maatschappelijk verkeer³⁴ en met noties omtrent 'maatschappelijk verantwoord ondernemen'. Ook concepten als de 'ontwikkeling van menselijk kapitaal'³⁵ berusten op het uitgangspunt van een meer omvattende wederkerigheid en betrokkenheid tussen persoon en organisatie.

In de praktijk zullen beide visies veelal in een mengvorm voorkomen. Bij het beoordelen van een organisatie overheerst evenwel in de regel de eerste visie. Dat is mede gevolg van een gebrek aan hanteerbare concepten en criteria voor een meer evenwichtig beeld. Voor de ontwikkeling van een dergelijk beeld ontstaan echter geleidelijk aanzetten in de discussie over de functie en kwaliteit van de arbeidsorganisaties. Die onderstrepen dat er ten principale geen tegenstelling bestaat tussen beide visies. De duurzaamheid en stabiliteit, en het functioneren van de organisatie hangen samen met de mate waarin ieder die daarin werkzaam is kan

³⁴ WRR nrs. 38, 50 & 57

³⁵ Zie EZ-programma: 'Investors in people'.

meedenken over de inhoud en de organisatie van het werk en daarin betrokkenheid, zin en bevrediging vindt.

Het resultaat telt. Daarom is het van groot belang dat resultaat: een gezonde onderneming, goed te beschrijven en zo mogelijk te operationaliseren in criteria of indicatoren, zodat organisaties zelf kunnen vaststellen of ze het resultaat hebben gehaald of door anderen daarop getoetst kunnen worden (key performance indicators). Dat is op dit moment nog niet mogelijk. Dat neemt niet weg dat nu al een aantal kwalitatieve kenmerken en elementen genoemd kunnen worden. Structurele preventie vergt in het algemeen een bedrijfscultuur waarin het besef verankerd is dat:

- de kwaliteit van het personeelsbestand het verschil uitmaakt in de concurrentie en/of in de effectiviteit van de dienstverlening,
- organisaties in een moderne maatschappij alleen kunnen overleven als zij aan hun werknemers structureel de ruimte en stimulansen bieden voor meedenken en meebeslissen, voor (kennis)ontwikkeling en creativiteit,
- werknemers zich over het algemeen betrokken voelen bij het bedrijf en bij hun werk, als hen die ruimte wordt geboden en als zij in een groep werken met een duidelijke gezamenlijke taak waarin de mensen van elkaar kunnen leren en zich sociale verbanden hebben ontwikkeld; een dergelijke betrokkenheid verhoogt de verzuimdrempel én de wervende en bindende kracht van de organisatie,
- dat werken bij een organisatie die een belangrijke maatschappelijke bijdrage levert, de betrokkenheid en de binding van werknemers verhoogt,
- bijna alle medewerkers arbeid met zorgtaken combineren, dat daar wel eens problemen uit kunnen voortvloeien en dat daarvoor structurele aandacht nodig is, ruimte voor het bespreken daarvan en regelen van oplossingen daarvoor,
- dat arbeid compenserende kracht kan hebben voor negatieve privé-situaties indien de organisatie leuk werk biedt enerzijds en hulp, aanpassingen en sociale cohesie en steun anderzijds,
- alle werknemers belangrijk zijn voor het bedrijf en dat tot uitdrukking komt in een stijl van leiding geven waarin veel aandacht is voor de gezondheid en de ontwikkeling van medewerkers;
- er onderling vertrouwen is tussen leidinggevend en medewerkers; dit vertrouwen begint met het geven van vertrouwen aan de medewerkers; een vertrouwensband tussen leidinggevende en werknemer maakt het mogelijk dat tijdig gesproken wordt over oplossingen voor problemen en kansen voor ontwikkeling,
- een goede overlegstructuur en overlegvaardigheden op alle niveaus van wezenlijk belang zijn,
- gezondheid en ontwikkeling van personeel een wezenlijk en vanzelfsprekend onderdeel is van de besturing van de organisatie (reinforcement mechanismen) en het sociaal en personeelsbeleid van de onderneming.

Het adopteren en toepassen van deze algemene noties is van belang voor het scheppen van een algemeen bedrijfsklimaat waarin belang wordt gehecht aan de gezondheid, de ontwikkeling en de arbeidsvreugde van de medewerkers. Behalve concepten worden er ook steeds meer beleidsinstrumenten aangeboden die bijdragen aan de verankering van dit besef. Dat gaat van regels voor het ontwerpen van een structuur van de arbeidsorganisatie die op alle niveaus de ruimte en bevoegdheid biedt voor het samen nemen van beslissingen en verantwoordelijkheden, via systemen voor Human Resource Development en kennis- en competentie management (Investors in people) tot systemen voor integraal kwaliteitsbeleid (balanced score card, INK,

TQM). Deze beleidsinstrumenten bieden goede aangrijpingspunten voor de ontwikkeling van preventief beleid. Toepassing daarvan is opzichzelf echter nog niet voldoende als preventie van psychische klachten.

Specifieke kenmerken

Naast algemene kenmerken laten zich eveneens kenmerken identificeren van organisaties waarin specifieke risico's voor psychische klachten niet en kansen voor psychische gezondheid wel aanwezig zijn. Onderzocht wordt of die te vertalen zijn in hanteerbare criteria van preventief beleid. Het gaat daarbij om de volgende soorten kenmerken

A. Kenmerken organisatie waarin werkdruk geen probleem oplevert. Werkdruk in de betekenis van hoge taakeisen, tempodruk en tijdsdruk wordt, in combinatie met lage regelmogelijkheden, gezien als een risico voor psychische klachten, waaraan veel werknemers blootstaan. Het tegendeel van werk met werkdruk is echter niet werk waarin lage eisen worden gesteld, daarin ontbreken immers weer de leer- en ontwikkelingsmogelijkheden. De inverse van werk met werkdruk is uitdagend werk met redelijke taakeisen en goede regelmogelijkheden.

De structuurkenmerken van een organisatie waarin de kans op uitdagend werk groot is, zijn de volgende:

- De organisatie heeft een duidelijke strategie naar de markt of de externe opdrachtgever, die zorgt voor een buffer tussen de omgeving en organisatie zodat snelle veranderingen in de eisen van buiten niet tot inefficiency, grote complexiteit en hectiek in de organisatie leiden, met piekbelastingen als gevolg. Dat kan gaan om zeer snelle marktontwikkelingen, 'de waan van de dag' in politieke organisaties, complexe en veranderlijke wet- en regelgeving in onderwijs en zorgsector.
- De interne organisatie is product- of marktgericht, ondersteunende functies zijn in het primaire proces geïntegreerd. Aldus wordt de complexiteit in de organisatie beperkt.
- Binnen afdelingen bestaan brede functies met vaktechnische leermogelijkheden of zelfsturende teams waarin ook sociale vaardigheden ontwikkeld kunnen worden.
- De besturingsstructuur is zo ontworpen dat aan de basis van de organisatie zo veel mogelijk regelruimte is en zo groot mogelijke bevoegdheden bestaan. De besturingssystemen bevorderen naast het primaire doel van de organisatie, gedrag gericht op samenwerking tussen en binnen organisatie-onderdelen en verantwoordelijkheid nemen voor elkaar. In werkoverleg en in functioneringsgesprekken is het beheersen van de werklast en het faciliteren van de taakuitvoering een structureel agendapunt. Leidinggevend zijn verantwoordelijk voor het beheersen van de taaklast van hun werknemers, zij worden beloond voor het gezond houden van hun ondergeschikten en voor het bevorderen van hun ontwikkeling. Zij staan open voor gesprekken over het oplossen van taaklastproblemen en geven de werknemer het gevoel dat het goed is dat ze daarover spreken en niet dat ze dus eigenlijk hun werk niet meer aankunnen.
- De organisatie bevordert een cultuur van 'je bent een held als je je werk goed in de daarvoor beschikbare tijd kunt uitvoeren' je voorstaan op veel overwerken is 'not done'.
- Het HRM beleid ondersteunt het management bij het beleid om de werkdruk te beperken en bij het ontwikkelen van competentie management, opleidings- en loopbaanbeleid. In overleg met de lijn zorgt deze stafdienst voor verantwoorde bezettingsnormen voor ploegen of afdelingen of een verantwoorde 'case load' en voldoende en competent personeel.

B. Kenmerken organisatie met verminderd risico op arbeidsconflicten. Een arbeidsconflict treedt op wanneer een individu of een groep een tegenstelling waarneemt tussen eigen belangen, doelen en/of wensen en die van een ander individu of een andere groep.³⁶ Meer nog dan bij werkdruk geldt voor een arbeidsconflict dat de persoonlijkheid van de betrokkenen van groot belang is voor het ontstaan en het zich verder ontwikkelen van een conflict. Dat neemt niet weg dat er in een organisatie structurele elementen kunnen zitten die het risico op het ontstaan van conflicten en de escalatie daarvan kunnen verhogen of omgekeerd de kansen

³⁶ Cf. De Dreu et al. 2001

op een goede en collegiale samenwerking verbeteren. Het preventief beleid dient gericht te zijn op die kenmerken.

Positief geformuleerd zijn de kenmerken van een organisatie waarin de kansen op een goede en collegiale samenwerking en solidariteit groot zijn, de volgende:

- Ook voor het bevorderen van een goede samenwerking en solidariteit, is het van belang dat de hectiek van de buitenwereld gekanaliseerd wordt in de organisatie.
- De structuur van de organisatie is zodanig dat de mate van onderlinge afhankelijkheid tussen afdelingen en tussen werknemers voor het uitwisselen van middelen of het bereiken van bepaalde uitkomsten, functioneel is (niet te veel en niet te weinig) en onderling evenredig. Dat voorkomt machtsverschillen die één partij de gelegenheid geven de eigen belangen beter te behartigen dan voor de andere partij mogelijk is.
- De structuur en de besturingsmechanismen bevorderen coöperatie in plaats van competitie. Vooral in combinatie met een grote mate van afhankelijkheid is competitie een bron voor conflicten; er zijn dan immers veel onderwerpen waarover men kan strijden en van visie of belangen verschillen.
- De relaties tussen collega's onderling zijn vriendschappelijk, men werkt plezierig samen. Er is goed werkoverleg waar ook gesproken kan worden over pesten en ongewenste omgangsvormen.
- De relatie tussen leidinggevende en ondergeschikte is open, plezierig, stimulerend en ondersteunend. Periodieke functioneringsgesprekken voorkomen dat problemen lang worden opgekropt.

C. Kenmerken organisatie met goede sociale steun. Het ontbreken van sociale steun is een belangrijk risico voor het ontstaan van psychische klachten; omgekeerd kan sociale steun bijdragen aan de oplossing van problemen en aan leren en ontwikkelen.

Kenmerken van een organisatie met goede sociale steun zijn:

- De structuur van de organisatie maakt dat medewerkers met elkaar en niet langs elkaar of tegen elkaar werken. Dat wil zeggen dat groepen in de organisatie gezamenlijk een taak, project of doelstelling hebben.
- De systemen stimuleren coöperatie.
- Er is in de planning van het werk ruimte voor werkoverleg en informeel overleg.
- De stijl van leiding geven is op de persoon gericht, stimulerend en ondersteunend. De leidinggevende is een coach; hij of zij probeert het beste uit de medewerkers te halen: 'niet als citroen, maar als kampioen' en dan voor een langere periode dan in de sport gebruikelijk is.
- De cultuur van de organisatie is zo dat men verantwoordelijkheid voor elkaar neemt, als de één het wat rustiger aan moet doen, nemen de anderen wat werk over.
- Er is een klimaat van vertrouwen, men bespreekt problemen ook persoonlijke voorzover dat voor het werk van belang is.
- Er zijn stafdiensten of vertrouwenspersonen die men kan aanspreken bij problemen die niet met collega's of chef op te lossen zijn.

D. Kenmerken organisatie met aandacht risicogroepen (vrouwen en ouderen) voor psychische klachten onderscheidenlijk bescherming tegen agressie.

In dat verband kan bij voorbeeld gedacht worden aan:

- De organisatie besteedt veel aandacht aan een levensfasebeleid: dat wil zeggen dat bij de inzet, de loopbaanontwikkeling en het competentie management steeds rekening gehouden wordt met wat medewerkers wel kunnen, in tijd of in competenties gezien.
- De organisatie houdt bij het arbeidstijdenmanagement en het loopbaan- en competentieontwikkelingsbeleid rekening met het feit dat veel vrouwen en een groeiend aantal mannen arbeid en zorgtaken combineren.
- Bij het variabel inzetten van groepen werknemers in de tijd, wordt ermee rekening gehouden dat de functies toch breed zijn en leer- en ontwikkelingsmogelijkheden bieden.
- De vakkennis en vaardigheden van medewerkers worden hun hele arbeidszaam leven actueel gehouden door scholing en training.

- Ouderen hebben een belangrijke taak om jongere of nieuwe medewerkers te begeleiden en in te werken in het vak en de organisatie.
- De structuur van de organisatie, het proces (één loket/één contact), de logistieke en administratieve ondersteuning, zorgen ervoor dat de werknemers tijd en persoonlijke aandacht kunnen besteden aan de cliënten en dat zij hen correct en adequaat kunnen helpen. Agressie en geweld komt immers vaak voor als de relatie onpersoonlijk is, de cliënt lang moet wachten, de papieren niet in orde zijn....
- De werknemers zijn getraind in de-escalerend gedrag en die vaardigheden worden door periodieke trainingen op peil gehouden.
- Agressie en geweld en hoe daar (preventief) mee om te gaan zijn vaste agendapunten op het werkoverleg.
- Er zijn vertrouwde personen die werknemers die geconfronteerd zijn met agressie en geweld kunnen opvangen en coachen bij het hervatten van hun werk.
- Zonodig is professionele hulp en ondersteuning beschikbaar.

E. Kenmerken van een ongezonde organisatie: Niet alleen moet gedacht worden aan criteria voor de positieve kenmerken, maar omgekeerd ook aan criteria van negatieve kenmerken; wat typeert een ‘ongezonde arbeidsorganisatie’. Vermoedelijk laten die kenmerken zich beter en eenvoudiger in criteria vertalen.

In dat verband kan gedacht worden aan kenmerken als:

- De werkgever ziet zijn medewerkers met psychische klachten liever vertrekken en is op korte termijn van een probleem af.
- De medewerkers hebben een smalle of monotone taak, van het werk kan men niets leren, er zijn hoge taakeisen en er ontbreken regelmogelijkheden, de psychische belasting is hoog.
- De productiviteit wordt opgevoerd door werkdruk en overwerk. Werkdruk wordt als een normale zaak beschouwd; ‘het hoort nu eenmaal bij dit werk, als je daar niet mee kan leven, moet je maar ander werk zoeken’.
- Constructief overleg ontbreekt, er zijn conflicterende taken tussen afdelingen, de stijl van leiding geven is louter taakgericht en autoritair.
- Werkdruk, conflicten en ontbreken van sociale steun leiden tot spanningsklachten bij een groeiend aantal medewerkers
- Er is geen begrip, laat staan faciliteiten voor medewerkers die (tijdelijk) problemen hebben met het combineren van arbeid en zorg. Medewerkers met grote zorgtaken zien zich genoodzaakt zich ziek te melden.
- Er is geen loopbaan, competentie of leeftijdsbeleid, medewerkers lopen na enkele jaren volledig vast. Oudere werknemers kunnen niet meer productief ingezet worden, of er wordt druk uitgeoefend om een lagere functie op zich te nemen (‘demotie’).
- Op zwakke groepen wordt druk uitgeoefend om te vertrekken.
- De kwaliteit van de dienstverlening loopt terug, termijnen worden niet gehaald, klanten haken af of reageren met agressief gedrag. Dit demotiveert medewerkers nog meer.
- De organisatie is ongezond in de betekenis van: ziekmakend voor het personeel en financieel-economisch ziek met een slechte prognose voor overleven.

Stappen van systematische verbetering

De weg naar een gezonde organisatie zal voor ieder bedrijf of instelling anders zijn. De weg is dan ook minder van belang, dan het resultaat. Dat neemt niet weg dat organisaties daarbij van elkaar kunnen leren. Met het oog daarop zouden regionaal of bedrijfstaksgewijs netwerken kunnen worden opgericht (bijv. in kader arboconvenant). Voor alle zoek- en leerprocessen in organisaties is evenwel een cyclus van iteratieve en systematische verbetering een hulpmiddel. Leren is een kwestie van: problemen en kansen beschrijven en evalueren, mogelijke maatregelen bedenken en daar een keuze uit maken of daarin prioriteiten stellen, maatregelen implementeren, de effecten evalueren en de resultaten verankeren in structuur en beleid.

Uit diverse goede voorbeelden kan een stappenplan worden afgeleid, dat bedrijven en instellingen kan helpen de weg te vinden naar een eigen preventief beleid, als zij daar zelf moeite mee hebben. Een systematische aanpak vergt een planning van achtereenvolgens te nemen acties, dat kan vormgegeven worden in een stappenplan. De hier onder staande vijf-stappen zijn geïnspireerd op dat wat beschreven staat in het Handboek werkstress³⁷.

Stap 1. Signalering en voorbereiding van het project. In deze fase is het van belang te begrijpen wat de organisatorische oorzaken van psychische klachten kunnen zijn, na te gaan of er risico's in de organisatie zijn en zo ja om betrokkenheid voor een aanpak in de organisatie te ontwikkelen en een project te organiseren. Voor het mobiliseren van alle lagen in de organisatie is het van belang ook te onderzoeken of er andere symptomen zijn van een ongezonde organisatie: weinig betrokkenheid van het personeel, kwaliteitsproblemen, klachten van klanten, beperkte flexibiliteit en innovativiteit... Bij deze signalering is het tevens van belang na te gaan wat goed gaat in de organisatie.

Reeds eerder uitgevoerde onderzoeken in het kader van gezondheids- en arbobeleid (RI&E, PAGO), personeelsbeleid (arbeidstevredenheid) en onderzoeken in het kader van kwaliteitsbeleid, klanttevredenheid kunnen geraadpleegd worden. Een andere mogelijkheid is het houden van (groeps)interviews, waar vertegenwoordigers van management en OR bij aanwezig zijn. De uitkomsten daarvan worden besproken met sleutelpersonen in de organisatie (topmanagement, middenkader, OR en P&O) om draagvlak te krijgen voor een aanpak van werkdruk. **Betrokkenheid van de medewerkers is het bepalend uitgangspunt.**

Stap 2. Analyseren van kansen en risico's. In deze stap wordt onderzocht wat risicofactoren en -groepen zijn en welke mogelijkheden voor preventie en welke kansen er zijn. Dit is in feite een uitdieping van de eerdere globale signalering. Nu wordt breder en dieper onderzocht welke kansen er zijn en of er sprake is van risico's voor psychische klachten en zo ja voor welke afdelingen of functiegroepen dit geldt. Werkgever en OR kunnen opdracht voor een dergelijke diagnose geven aan externe professionals. Vaak kan hierbij ook gebruik gemaakt worden van informatie die de Arbo-dienst kan leveren (uit RI&E of PAGO). Hierbij is het aan te bevelen onderscheid te maken tussen het verzamelen van gegevens en het trekken van conclusies daaruit. Voorkomen moet worden dat groepen medewerkers het oneens worden over de interpretatie van de uitkomsten. Dit kan bijvoorbeeld door een bijeenkomst te organiseren waarin de werkgever en OR gezamenlijk de uitkomsten bespreken en gezamenlijk conclusies trekken. **Betrokkenheid en verantwoordelijkheid van (top)management en ondernemingsraad/ personeels-vertegenwoordiging is hier het bepalend uitgangspunt..**

Stap 3. Keuze van preventieve maatregelen. De in de vorige stap gezamenlijk geformuleerde conclusies kunnen nu door werkgever en OR uitgewerkt worden in mogelijke maatregelen. Daarbij is vooral ook de samenhang en consequente beleidsvoering van groot belang. De gedachte dat 'één maatregel nog geen beleid maakt', mag daarbij gelden. Voorkomen moet worden dat voor preventie van psychische klachten en bevordering van ontwikkeling, als nieuwe onderwerpen maatregelen worden afgesproken die niet passen in het staande beleid of, sterker nog, er door teniet worden gedaan. Daarnaast moet er ook op gelet worden dat voorzien wordt in een combinatie van maatregelen gericht op de organisatie van het werk en maatregelen gericht op de medewerkers zelf. De praktische omstandigheden waarbinnen een maatregel uitgevoerd moet worden, dienen goed in ogenschouw te worden genomen. De veranderplannen moeten praktisch en realistisch en betaalbaar zijn. Als dat niet zo is, loopt men het risico dat de risico's alleen maar toenemen. Het opstellen van een plan van aanpak, waarin

³⁷ Kompier en Marcelissen, 1990

de volgorde van te nemen acties, de verantwoordelijkheden en de evaluatiecriteria worden opgenomen, kan verstandig zijn.

Voor het bedenken van maatregelen die passen bij de specifieke problemen en mogelijkheden van de organisatie, kan deskundige ondersteuning van buiten nuttig zijn. Vaak kunnen deze deskundigen ook gebruik maken van ervaringen van collegabedrijven of -instellingen waar soortgelijke problemen al aangepakt zijn. **Uitgangspunten hierbij zijn dat een omvattend plan en aanpak nodig zijn en dat het daarbij gaat om een combinatie van maatregelen die op de organisatie zijn gericht en maatregelen die op de training van individuele medewerkers zijn gericht.**

Stap 4. Uitvoering van maatregelen. Nu wordt de problematiek aangepakt, de maatregelen worden uitgevoerd. Bij de invoering van nieuw beleid zijn er meerdere keuzemogelijkheden. Er kan een “proeftuin” gemaakt worden, een afdeling of vestiging waar het nieuwe beleid beproefd wordt alvorens het (eventueel aangepast) te verspreiden over de hele organisatie. Er kan ook gekozen worden voor een stapsgewijze invoering door de hele organisatie, waarbij een invoeringstraject wordt afgesproken dat voor de hele organisatie gelijk is. Natuurlijk is ook invoering ineens voor de hele organisatie mogelijk. Een ander punt van keuze is de mate waarin de uitvoering van maatregelen centraal voorgeschreven wordt of aan middenkader en/of medewerkers wordt overgelaten.

Bij de uitvoering van maatregelen moeten allen in de organisatie die direct geraakt worden, betrokkenen worden.

Stap 5. Evalueren en verankeren in beleid. Een fase die vaak vergeten of verwaarloosd wordt, is de evaluatie. Regelmatige evaluaties door werkgever en OR maken duidelijk hoe effectief het proces en de maatregelen tot nu toe zijn geweest en geven informatie voor eventuele bijstellingen. Niet één project kan vooraf geheel overzien worden, er zijn altijd gaande de rit bijstelling nodig. Hoe eerder en preciezer die bijstellingen er zijn, hoe effectiever het project verloopt. Een evaluatie kan ook aanleiding zijn om op een deelgebied nader beleid te ontwikkelen en in te voeren en dan begint de cyclus opnieuw. Zo kan het nodig zijn sommige stappen over te doen. Uiteindelijk moet de evaluatie ertoe leiden dat besloten wordt (met instemming van de OR) op welke wijze aandacht voor preventie in de normale beleidscyclus van de organisatie wordt verankerd. **Uitgangspunt is dat preventief beleid uiteindelijk verankerd moet worden in de normale beleidscyclus in de organisatie.**

Realisatie

Gegeven dat het bij de invoering van preventief beleid om een de hele organisatie omvattende verandering gaat, blijkt dat de uitvoering vaak al vastloopt in de introductie. Onduidelijkheid over taken, verantwoordelijkheden, planning en budget is een andere belangrijke valkuil bij het ontwikkelen daarvan. In het enthousiasme voor het idee wordt een degelijke onderbouwing van de uitvoering gauw vergeten. Dit levert later problemen op, als onduidelijkheid bijvoorbeeld leidt tot het niet nakomen van afspraken, waarna het initiatief in het slop raakt en daarmee voor sceptici het bewijs levert dat het ‘allemaal niets helpt’. Een **planmatige invoering** blijkt raadzaam waarbij minimaal aandacht is besteed aan het doel van het project, de toetsing van de uitkomst, de wijze van verwezenlijking, de planning van die activiteiten, onderlinge werkafspraken, en een begroting van kosten.

Goede **communicatie** is van wezensbelang. Doel is immers onder meer het informeren, motiveren en betrekken van de organisatie bij het onderwerp. Een communicatieronde per stap verdient aanbeveling. Communicatie is tweerichtingsverkeer en het communicatieplan dient

daarom niet alleen te voorzien in het informeren van de organisatie maar ook in het luisteren naar reacties, klachten, tips en suggesties. De vorm van communicatie zal afhangen van de aard van de organisatie, maar hoe meer tweerichtingsverkeer mogelijk is hoe effectiever vaak de communicatie verloopt. Er moet ruimte zijn in het projectplan voor het reageren op reacties uit de organisatie; klachten dienen serieus genomen te worden en verkeerd werkende maatregelen moeten gaandeweg bijgesteld worden.

Wetswijziging is voor een dergelijke aanpak niet nodig. Partijen hoeven slechts hun **verantwoordelijkheid** te nemen en de wet naar de geest uit te voeren. Krachtens de Arbowet is de werkgever daarbij verantwoordelijk. Maar de ondernemingsraad heeft ten aanzien van dit beleid niet alleen instemmingsrecht, maar ook initiatiefrecht. Dat geldt ook voor beleid en maatregelen in de sfeer van het personeelsbeleid. Het initiatief ligt bij de werkgever, maar de ondernemingsraad kan zo nodig ook het initiatief nemen en daarbij gebruik maken van het recht op deskundige ondersteuning op kosten van de werkgever. Bij de uitvoering van het stappenplan bestaat een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de bewaking van de afspraken, voor het faciliteren van het proces, voor de ondersteunende communicatie, voor het trekken van de consequenties van het ingezette proces en voor het uitvoeren van de maatregelen waartoe besloten werd.

Bij het implementeren van een beleid gericht op primaire preventie zijn voorts een aantal **aanvullende maatregelen** denkbaar. In de eerste plaats zal duidelijkheid moet bestaan over de voordelen. In dat verband is een *informatiecampagne* nodig. Daarbij zal de aandacht gericht moeten worden op voorbeelden van gezonde en succesvolle organisaties. Boodschap moet zijn dat gezond ondernemen, maatschappelijk verantwoord ondernemen is en dat zulks status en aanzien geeft, terwijl het vanuit een organisatie fors bijdragen aan de WAO-instroom verachtelijk is. Voorts zouden in het kader van de arboconvenanten *pilotbedrijven* als voorbeeld ondersteund moeten worden. Rond deze bedrijven zouden lerende netwerken kunnen worden opgezet, zodat de ervaringen goed worden doorgegeven. Een aanpak die met name voor MKB bedrijven, binnen een regio of branche perspectief biedt. In dat verband zouden door de Kamers van Koophandel regionale instellingen opgericht kunnen worden of *verbeter-teams* per sector kunnen worden ingezet. Vanuit de Ontwikkelings- en Opleidingsfondsen (O&Ofondsen) van bedrijfstakken zouden programma's opgezet kunnen worden om leidinggevenden vaardigheden en kennis bij te brengen die voor een preventief beleid nodig zijn. De advisering voor MKB bedrijven en coaching van leidinggevenden zou eveneens op die wijze opgezet kunnen worden. Ook hierbij kan goed aangesloten worden op de in bedrijfstakken gesloten arboconvenanten.

In het verlengde daarvan zou aandacht voor de gezondheid en de ontwikkeling van het personeel een integraal onderdeel moeten zijn van *bedrijfsaudits* en *kwaliteitscertificering*. De samenhang tussen gezond ondernemen, goede dienstverlening, kwaliteit van de producten, goede PR, een goede positie op de arbeidsmarkt en maatschappelijk aanzien zou veel meer onder de aandacht van werkgevers en werknemers gebracht moeten worden. Daarmee wordt ook duidelijk dat er een grote overlap is van wat organisatie-adviseurs, bedrijfskundigen en A&O-kundigen van Arbodiensten aan organisaties te bieden hebben. De verplichte winkelnering op dit gebied bij Arbodiensten zou losgelaten kunnen worden, zodat de concurrentie in dit opzicht zijn goede werk kan doen.

Tenslotte kunnen werkgevers en werknemers het instrument van de CAO gebruiken om een aantal belangrijke voorwaarden te regelen, zoals afspraken die het combineren van arbeid- en zorgtaken beter mogelijk maken en afspraken over scholing en training die werknemers beter in staat stellen om hun rol in het preventieve beleid te spelen.

Aanpak verzuim

Algemeen

Verzuim adequaat voorkomen en verzuim tijdig aanpakken zijn de twee bepalende elementen om langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen te voorkomen. Voorkomen is daarbij de meest voor de hand liggende en meest doelmatige wijze. Ook bij een adequate aandacht voor preventie binnen bedrijven zal het vermoedelijk niet mogelijk zijn om in alle gevallen verzuim om psychische redenen te voorkomen. De aanpak van verzuim blijft derhalve nodig. In het voorgaande (hfdst 4.) is ingegaan op de elementen van een aanpak waarmee langdurig verzuim uitlopend op arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk kunnen worden tegengegaan.

Dat dit met succes mogelijk is blijkt uit de vergelijking van de WAO-instroom vanuit verschillende bedrijven. Uit een onderzoek naar sectorgewijze verschillen in de achtergronden en aanpak van arbeidsongeschiktheid blijkt dat bedrijven er in slagen weinig werknemers in de WAO te hebben, ondanks het feit dat de sector waartoe zij behoren een hoge WAO-instroom kent (bijvoorbeeld metaalindustrie, uitzendwezen, reiniging, thuiszorg)³⁸. Ook ten behoeve van de werkgeversprijs ‘Kroon op het Werk’ worden elk jaar weer bedrijven geselecteerd die koploper zijn op het terrein van preventie, reïntegratie en arbeidsongeschiktheid³⁹. Dat verzuim thans in niet meer bedrijven met succes wordt aangepakt is naast structurele factoren, zoals de wettelijke inrichting van het proces van ziekte en verzuim, vooral ook het gevolg van gebrek aan inzicht in de mogelijkheden. Zoals in de analyse is aangegeven wordt het omgaan met klachten en verzuim om psychische redenen beheerst door beelden en concepten die de aanpak in de verkeerde richting sturen. Dat versterkt de neiging die al door de wetgeving wordt ingegeven. Het gevolg is een aanpak die veelal neerkomt op goed bedoelde verwaarlozing. Niet uit kwaadwillendheid, maar omdat men niet weet hoe er mee om te gaan. Dit ondanks de groeiende ervaring met succesvolle mogelijkheden.

Een tijdige, adequate aanpak vergt de medewerking van velen. Toch is het niet zinvol en niet mogelijk om met alle actoren te komen tot afspraken daarover. Succes is immers niet het resultaat van een nog betere inzet van ieder afzonderlijk. Bepalend is de onderlinge wisselwerking tussen de inzet en stappen van ieder van de betrokkenen. Zoals eerder aangegeven moeten initiatief en dynamiek daarbij uitgaan van werkgever en werknemer tezamen. Vandaar ook dat de diverse ‘prikkel’ in de afgelopen jaren in de wetgeving zijn ingebouwd, minder goed blijken te functioneren. Ook als de betrokkenen werknemer en werkgever van goede wil zijn, ontbreken de instrumenten om tot een vruchtbaarder aanpak te komen. De vele rechten en plichten die de wet in dat verband vastlegt, hebben geen doelmatig effect omdat ze los van elkaar staan en ieder van de betrokkenen afzonderlijk aanspreken. Men kan wel een veer hebben en tandraden, maar als die niet in elkaar grijpen heeft men geen uurwerk. Toch leidt dit niet tot de conclusie dat de wet *dus* eerst gewijzigd moet worden voordat verbetering mogelijk is. Ook als de wet gewijzigd wordt, zal een vruchtbare aanpak nog steeds primair afhangen van de inzet van betrokkenen, terwijl de praktijk uitwijst dat het ook zonder veranderde wetgeving het beter mits de bereidheid daartoe aanwezig is. Voorwaarde voor een doelmatiger en doeltreffender aanpak is vooral dat betrokkenen duidelijk is wat daarbij van hen verwacht wordt. Daaraan schort het thans.

³⁸ Veerman, T.J., H. Bosselaar, A.F. Lenderink, J.A. Duvekot, *Sterk als de zwakste schakel...*, *De doorwerking van overheidsbeleid rond ziekteverzuim en WAO binnen sectoren en bedrijven: enkele algemene observaties uit een diepte-analyse in zes sectoren*, deelpublicatie, SZW, 2001, nog te publiceren.

³⁹ Zie o.a.: H. Bosselaar, F. Reijenga, *Koplopers in Disability Management*: TNO/SZW, september 2000.

Tegen deze achtergrond heeft de commissie gemeend dat er behoefte is aan een leidraad die werkgever en werknemer richting wijst betrekking tot de stappen en maatregelen waarop verzuim kan worden aangepakt teneinde te voorkomen dat dit onttaardt in langdurig verzuim en psychische arbeidsongeschiktheid. De commissie heeft een dergelijk leidraad opgesteld welke gelijktijdig met dit rapport wordt gepresenteerd. Zij is bedoeld om het verzuim hanteerbaar te maken voor zowel werknemer als werkgever. Getracht is zo nauwkeurig mogelijk te preciseren welke functies en taken spelen; welke stappen aan de orde komen en welke deskundigheid moet worden ingeschakeld. Niet dat het resultaat beschouwd moet worden als ‘spoorboekje’ of als pseudowettelijke regeling. Het resultaat, het voorkomen van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid bij psychische klachten, moet bepalend zijn. Als dat ook op een andere wijze behaald kan worden of beter, moet dat niet nagelaten worden, waarbij telt dat het bewijs is gelegen in het betere resultaat.

Het enkele publiceren van de leidraad zal naar de commissie vreest niet voldoende zijn om deze snel algemeen ingang te doen vinden. Gebruik vergt bekendheid met en de inzet van vele betrokken partijen; werkgevers en werknemers, maar daarnaast ook die de betrokken beroepsgroepen, de GGZ-instellingen en andere ondersteunende diensten. Het gebruik van de leidraad bovendien een voedingsbodem bij werkgevers en werknemers die ervoor zorgt dat psychische klachten bespreekbaar zijn, psychische klachten een geaccepteerde verschijnsel is of wordt en werkgever en werknemer zich bewust zijn van de mogelijkheden die er zijn om zowel psychische klachten als het verzuim hanteerbaar te maken. Vandaar dat zowel naar de verschillende betrokken groeperingen afzonderlijk als naar het publiek in het algemeen voorlichting nodig is over psychische klachten en over de mogelijkheden om ermee om te gaan. Daarnaast is in voorkomende gevallen ook begeleiding nodig bij de toepassing en het gebruik van de leidraad. Dit vereist kennis en voorlichtingsmateriaal over de leidraad en een mechanisme om informatie daarover uit te wisselen. Daarnaast zijn er nog verschillende andere randvoorwaarden en voorzieningen die een belemmerende of bevorderende werking hebben op het gebruik van de leidraad. Tegen deze achtergrond heeft de commissie naast de leidraad ook een ‘implementatieplan’ opgesteld waarin de verschillende maatregelen en acties zijn opgesomd die de invoering en het gebruik van de leidraad zo goed mogelijk kunnen bevorderen, alsmede van wie het treffen van die maatregelen verwacht mag worden.

Leidraad en implementatieplan staan op zich zelf en spreken voor zich zelf. Vandaar dat in het kader van dit rapport volstaan kan worden met een korte toelichting. Hieronder wordt eerst ingegaan op enkele uitgangspunten tegen de achtergrond waarvan de leidraad en het implementatieplan begrepen moeten worden. Vervolgens wordt eerst ingegaan op aspecten van de leidraad en vervolgens op het implementatieplan. Tenslotte wordt ingegaan op de randvoorwaarden die het gebruik van de Leidraad kunnen bevorderen.

Uitgangspunten

De leidraad richt zich tot werkgever en werknemer; zijn de direct betrokkenen en ook direct belanghebbenden. Voor de werkgever belasten langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid het functioneren van zijn organisatie terwijl zij ook financieel een molensteen rond het bedrijf worden. De betrokken werknemer geraakt door het verzuim op een ‘glijbaan’ naar arbeidsongeschiktheid die er op neerkomt dat hij wordt afgeschreven terwijl langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid slechts zelden een werkelijke oplossing bieden voor de psychische klachten; vaak maken ze deze groter. Men een ‘beetje’ aandacht, zorg en aandrang kan dit voorkomen worden. Dat dient het bepalend motief te zijn bij de aanpak van het verzuim. Niet omdat daarmee de klachten zelf ook verdwijnen, die zullen ook na werkhervatting aandacht

behoeven, maar omdat werkhervatting in de meeste gevallen de problematiek beter hanteerbaar maakt.

De uitgangspunten waar de werkwijze volgens leidraad op berust zijn; contact houden, een adequate behandeling van klachten verzekeren en activering op het werk door hervatting van (aangepast) werk binnen enkele weken, niet als bewijs van verbetering maar als remedie om erger te voorkomen. Het klinkt eenvoudig, maar bij de toepassing daarvan zijn werkgever en werknemer vaak al gauw overvraagd. Dat de leidraad zich desondanks niet ook tot andere betrokkenen richt berust op de conclusie dat alleen werkgever en werknemer de vereiste dynamiek in het proces kunnen brengen. Zij zijn verantwoordelijk voor inschakeling van de deskundige hulp en indien dit niet met succes wordt bekroond, moet verantwoord worden waarom geen betere ondersteuning is ingeschakeld. Wel wordt in de leidraad aangegeven wat werkgever en werknemer van de verschillende instanties en hulpverleners moeten kunnen verwachten. In zoverre richt de leidraad zich indirect ook tot hen. In het implementatieplan wordt vervolgens uitgewerkt op welke wijze daar in kan worden voorzien door de betrokken instanties en hulpverleners.

De leidraad bestaat uit vier onderdelen. In de eerste plaats worden een aantal basisregels gegeven waar bij de aanpak vanuit ware te gaan. Het betreft vuistregels die niet beschouwd moeten worden als concrete aanwijzingen voor de aanpak. Vervolgens bevat de leidraad een concreet schema van stappen en maatregelen die getroffen dienen te worden. In de derde plaats wordt aangegeven wat daarbij de verantwoordelijkheden en aanspraken zijn waar werkgever en werknemer over en weer vanuit moet kunnen gaan om hun deel van de verantwoordelijkheid voor het resultaat te kunnen nakomen. In de vierde plaats wordt zoals gezegd aangegeven wat bij het inschakelen van professionele hulpverleners en instanties mag worden verwacht.

De aanpak volgens de leidraad wordt concreet beheerst door vier uitgangspunten.

- 1) dat na een eventuele beperkte periode van verzuim, het ontbreken van bedrijfsbinding leidt tot een langere verzuimduur. Uit internationaal onderzoek met betrekking tot rugklachten blijkt voorts dat werkhervatting een gunstig effect heeft op de ervaring van gezondheid. Vandaar de regel: 'even rust is goed; met rust laten nooit'.
- 2) dat werkhervatting niet afhankelijk is van herstel en het verdwijnen van de klachten, vandaar de regel dat 'arbeidsongeschiktheid, naast een medisch probleem, ook een arbeidskundig probleem' is.
- 3) dat de directe aanleiding voor het verzuim veelal niet de oorzaak voor het ontstaan van langdurig verzuim is en dat niet werkdruk als zodanig leidt tot psychische klachten, maar het gebrek aan voldoende tijd voor ontspanning. Vandaar de regel dat 'er altijd een laatste druppel lijken, maar dat de emmer voordien al vol was'.
- 4) Toepassing van de leidraad veronderstelt niet de identificatie van psychische problemen. Met de aanpak moet niet gewacht worden totdat positief vaststaat dat er sprake is van psychische problemen. Voldoende is als er geen diagnose is die concreet houvast biedt met betrekking tot de prognose van het verloop van het verzuim. Weliswaar worden de methoden om psychische problemen te herkennen beter, maar het blijft een duiden van symptomen. Met het aanpakken van psychische klachten moet dan ook niet gewacht worden totdat bepaalde kenmerken positief zijn vastgesteld; de afwezigheid van een adequate verklaring voor bepaalde verschijnselen is voldoende. Opzet van de leidraad is juist dat door de toepassing de oorzaken van het verzuim moeten worden vastgesteld. Zodra dat het geval is moet een daarop toegesneden behandeling volgen.

Die uitgangspunten komen niet uit de lucht vallen, maar berusten op het inzicht en ervaring die geleidelijk groeien en die ook steeds beter onderzocht worden. Het inzicht dat de verzuimduur gemiddeld langer is bij het ontbreken van een bedrijfsbinding (die er niet is in het geval van rust houden) is al ouder (Philipsen, 1967). Evenzo toont Schroer aan dat een lange duur van stuurloze perioden samengaat met een lange verzuimduur en een grotere kans op WAO-intrede (Schroër, 1993). Er zijn inmiddels ook een toenemend aantal voorbeelden van succesvol verzuimmanagement. In een nog te publiceren rapport ten behoeve van Sociale Zaken wordt de stand der techniek op dit punt weergegeven: “Verzuimbegeleiding en vroegtijdige reïntegratie”⁴⁰. Het rapport noemt diverse voorbeelden van bedrijven die een succesvol verzuimmanagement hanteren.

Onder met name bedrijfsartsen blijkt er langzamerhand een consensus te zijn gegroeid over een activerende aanpak⁴¹. Onderzoek, zowel binnen de huisartspraktijk als de bedrijfsgezondheidszorg, geeft aan dat een activerende eerstelijns begeleiding op cognitief-gedragmatige grondslagen tot aanmerkelijk betere resultaten kan leiden (minder dan 1% WAO-instroom bij overspannen patiënten)⁴². Daarbij blijkt uit onderzoek onder werkhervatting bij psychische klachten dat de duur van het verzuim maar voor een deel afhankelijk is van het herstel van de klachten⁴³. De een is weer aan het werk zonder dat er een verbetering van de klachten is opgetreden, terwijl anderen thuis blijven terwijl de klachten vrijwel geheel zijn verdwenen.

Toenemende werkdruk wordt in beleid en beeldvorming als een belangrijke oorzaak gezien van het ontstaan van psychische klachten. Het vormt een centraal thema bij het opstellen van arboconvenanten. Waar men oorzaken zoekt, zal men ze op den duur ook wel vinden. Stress en werkdruk op zich zelf zijn in de regel echter geenszins ongezond. Werkdruk als zodanig is dan ook minder een oorzaak, als wel het ontbreken van een voldoende tijd voor ontspanning daarna. De wijze waarop het hedendaags leven is ingericht - binnen en buiten het werk - miskent echter stelselmatig de vuistregel dat herstel van inspanning ongeveer evenveel tijd aan ontspanning vergt. De prijs daarvan zijn de disproportioneel veel hogere lasten die herstel van overspanning vergt. Volgens sommigen is ontspanning daarbij minder bepalend als wel herstel. Er moet een gezonde balans zijn tussen inspanning en herstel, waarbij ontspanning een mogelijke manier is waarop herstel plaats kan vinden. Bij herhaalde belasting zonder voldoende herstel zou een cumulatief-effect optreden (‘sustained activation’) dat negatieve psychologische (chronische vermoeidheid, burn-out) en fysiologische (ongunstige hormoonspiegels), immunologische parameters) effecten heeft⁴⁴.

⁴⁰ Van der Poel, M.G.M., C.G.L. van Deursen, R. Prins, *Maatregelen ‘Verzuimbegeleiding en vroegtijdige reïntegratie’: overzichtscatalogus ten behoeve van arboconvenanten*, AS/tri, februari 2001 (nog te publiceren door SZW).

⁴¹ Zie: Richtlijn NVAB: Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten, januari 2000

⁴² Terluin, B., *Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek*, in: Huisarts Wet (1986), 29:261-264; en Terluin, B. *Surmenage in de huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid*, in: Medisch Contact (1988), 43:1495-1498; en Klink, J.J.L. van der, R.W.B. Blonk, A.H. Schene, F.J.H. van Dijk, The effectiveness of an activating intervention for adjustment disorders with occupational impairment, (in review).

⁴³ Zie: Erp, N. van & R. Bijl, *Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten*. Utrecht: NcGv, 1996.

⁴⁴ Frankenhauser, Zweden.

Basis voor het uitgangspunt dat met de aanpak niet gewacht moet worden tot de psychische problemen zijn geïdentificeerd, zijn de inzichten in de relatie tussen ervaren arbeidsbelasting (werkdruk, gebrek aan steun, rolproblemen, gebrek aan autonomie) en psychische klachten (burn-out, stress, psychosomatische klachten). Referenties kunnen worden ontleend aan Warr, 1987; Karask & Theorell, 1990; Kahn & Byosiëre, 1992). Niet bedoeld is om te stellen dat psychische klachten niet gediagnosticeerd kunnen worden. Bij een toenemend aantal klacht is dit steeds beter mogelijk. In zijn proefschrift stelt Schroër dat artsen uit verschillende disciplines weinig moeite hebben met het bereiken van overeenstemming over de toepassing van overspanning als diagnose⁴⁵. In de ogen van een huisarts doet deze stelling ook vreemd aan. Belangrijk is dat arts en patiënt het eens zijn over de aard en oorzaak van de klachten. Daarbij is het niet moeilijk de psychische aard van de klachten vast te stellen, mits men daar oog voor heeft. Vastgesteld kan echter worden dat slechts een minderheid van de vanwege psychische klachten verzuimende werknemers binnen het psychiatrische diagnostische systeem (DSM) kan worden ondergebracht in een diagnosecategorie⁴⁶. Deze bevinding moet echter wel in het licht van het gehanteerde systeem worden bekeken, hetgeen door de onderzoekers ook als nadeel wordt gesignaleerd⁴⁷.

Leidraad

De leidraad bestaat uit een tijdpad waarbinnen een aantal stappen worden gepreciseerd, die het kader vormen voor een aanpak van de psychische klachten langs twee wegen die een gelijkwaardige plaats moeten hebben: klachtbehandeling en werkhervatting. Een doeltreffende aanpak binnen dat kader vergt dat werkgever en werknemer zich ieder verantwoordelijk weten voor herstel en werkhervatting. Daarbij gaat het om een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de werkgever in het bijzonder zorg dient te hebben dat de nodige voorwaarden aanwezig zijn en de werknemer de zorg dat hij daar zo goed mogelijk gebruik van maakt teneinde te komen tot werkhervatting en het bestrijden van de klachten.

Tijdpad

Gegeven de vaststelling dat in de praktijk veelal na betrekkelijk korte tijd (3 mnd) van verzuim er vaak een omslag plaatsvindt in de arbeidsrelatie, waarna beide partijen in toenemende mate gewend raken aan het idee van arbeidsongeschiktheid en daar bewust of onbewust naar afglijden, dient al vrijwel onmiddellijk in het begin van het verzuim begonnen te worden met de aanpak daarvan en van de klachten. Daar berust het tijdpad op. De eerste drie maanden van het verzuim worden daarbij onderscheiden in drie perioden, waarbinnen zes stappen van toenemende aandacht en begeleiding moeten worden onderscheiden. Wanneer het verzuim voortduurt en er geen concrete prognose is met betrekking tot de duur daarvan, moet tussen de zesde en de twaalfde week van het verzuim een volledige analyse van de oorzaken en symptomen gemaakt worden teneinde op basis daarvan tot een plan van aanpak te komen met betrekking tot zowel de klachtbehandeling als de werkhervatting. Vanaf dat moment zal de aanpak door dat plan bepaald worden, zodat een algemeen tijdpad en schema van stappen niet zinvol is. Vandaar dat het tijdpad in de leidraad tot die eerste maanden beperkt is.

⁴⁵ Schroër, C. A.P., *Verzuim wegens overspanning: een onderzoek naar de aard van de overspanning, de hulpverlening en het ziekteverloop*, UPM Maastricht, 1993, p.219.

⁴⁶ Zie: Veerman, T.J., C.G. Schoemaker, B. Cuelenaere, R.V. Bijl, *Psychische Arbeidsongeschiktheid: een overzicht van actuele feiten en cijfers*, juni 2000

⁴⁷ Zie: Veerman et al., juni 2000, p.45.

Een belangrijk element van het onderzoek in die eerste maanden zal zijn de vaststelling of er geen sprake is van een vertrouwensbreuk werkgever en werknemer of van een arbeidsconflict. In dat geval heeft een aanpak waarin werkgever en werknemer centraal staan minder zin. Alsdan is het zaak tijdig een onafhankelijke derde in te schakelen. Dat is eveneens nodig indien blijkt dat een arbeidsconflict de werkelijke oorzaak is van het verzuim en de klachten. Psychische klachten kunnen immers heel wel gevolg zijn van een conflict binnen de arbeidsrelatie. Alsdan zal primair het arbeidsconflict aangepakt moeten worden voordat werkhervatting en (indien alsnog nodig) klachtbehandeling aan de orde zijn. De leidraad biedt in beginsel ook in die situatie houvast voor de stappen waaruit duidelijk moet worden dat een arbeidsconflict de oorzaak vormt van de psychische klachten, zij het dat daarbij geldt dat als in een verzuimde arbeidsrelatie bij beide partijen de bereidheid ontbreekt om deze voort te zetten, slechts werkhervatting in een andere functie (binnen het bedrijf of daarbuiten) zinvol is.

Klachtbehandeling en werkhervatting

De leidraad vereist een gelijktijdige aanpak van zowel de klachten als de mogelijkheden van werkhervatting. Die tweeledige benadering hoeft overigens niet specifiek te zijn bij verzuim om psychische redenen. Bij verzuim om andere redenen past het evenzeer. Te meer daar bij langer durend verzuim er zich veelal naast lichamelijke klachten ook psychische klachten ontwikkelen. Vandaar dat voor toepassing van de leidraad ook niet eerst moet worden vastgesteld of het wel om psychische problemen gaat. Als het niet zo is en om die reden een andere aanpak aangewezen is, zal dat vanzelf blijken bij de toepassing van de leidraad.

Beide elementen, de klachtbehandeling en de werkhervatting zijn in het belang van een doelmatige behandeling van psychische klachten een gedeelde verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer. Met name bij psychische klachten kan er niet zonder meer vanuit worden gegaan dat de betrokken werknemer zelf tijdig zorg en behandeling weet te organiseren. Zou er gewacht moeten worden totdat hij daar wel toe in staat is, dan gaat de schaarse tijd aan het begin van het verzuim verloren. De keuze van en beslissing over behandeling ligt bij de werknemer. Dat neemt niet weg dat de werkgever - eventueel door tussenkomst van de bedrijfsarts - hierbij een rol kan spelen door behandeling te organiseren of te vergoeden. De kosten hiervoor zullen doorgaans aanzienlijk minder zijn dan de kosten van langdurig verzuim.

Even tot rust komen kan aan het begin van het verzuim kan nodig zijn, maar de praktijk van thuis blijven tot het 'beter' gaat die te vaak ook door medici wordt aangeraden, is in de regel funest. Vandaar dat al vanaf de derde week een combinatie van klachtbehandeling en werkhervatting met aangepast werk moet worden nagestreefd. Activering heeft doorgaans een gunstig effect op het klachtbeloop. Daarom moet ook niet gewacht worden tot de werknemer zelf een stap in die richting zet of totdat er sprake is van herstel. Wel zal het vaak nodig zijn om de functie van de werknemer aan te passen aan zijn beperkingen of ander aangepast werk te vinden. Meer in het algemeen moet herstel niet geassocieerd worden met het volledig hervatten van de oude functie. De oorzaak van klachten kan heel wel samenhangen met overbelasting of andere kenmerken van de functie van betrokkenen. Herstel in de vorm van terugkeer kan dan slechts leiden tot nieuwe klachten. Vanuit die optiek biedt het zo snel mogelijk onderzoeken van de mogelijkheden van werkhervatting tevens een tijdig beeld van de mogelijkheden binnen en buiten het eigen bedrijf bij volledige beëindiging van het verzuim.

Op basis van wederzijdse aanspraken

Uitgangspunt van de leidraad is dat werkgever en werknemer een gezamenlijke, gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor het succes. Een arbeidsverhouding is tweezijdig en het

instandhouden daarvan vergt dan ook dat de inspanning van beide partijen op elkaar is afgestemd. Daarom kan niet volstaan worden met het toedienen van rechten en plichten. Daarmee kan geen gelijktijdige en gelijkgerichte inzet worden gerealiseerd. Daarvoor is nodig dat ieder van beide partijen mede verantwoordelijk is dat de andere zijn deel kan vervullen en daarvoor de voorwaarden moet scheppen en dat bovendien geen van beide partijen kan volstaan met de eigen plichten te vervullen, maar tevens gehouden is om een beroep te doen op ander wanneer men meent dat deze zich onvoldoende inzet. Alleen op die wijze kan voorkomen worden dat bij een gebrekkig resultaat een van beide partijen zich excuseert met een verwijzing naar vermeend tekortschieten van de ander. Alsdan zal gevraagd moeten kunnen worden wat men daar zelf aan heeft gedaan.

De verantwoordelijkheden laten zich daarom vertalen in eigen verantwoordelijkheden, de zorg om de tegenpartij in staat te stellen aan zijn verantwoordelijkheid te voldoen en de plicht om aanspraak te maken op de zorg van de ander wanneer deze tekortschiet. Om op basis van inzet en wederzijdse aanspraken te kunnen functioneren is het echter nodig dat beoordeeld kan worden of werkgever en werknemer een redelijke invulling geven aan hun verantwoordelijkheid. Dat vergt een mechanisme en procedure van bemiddeling in geval van conflict over de kwaliteit van de inzet. Dat is slechts zinvol snel en gezaghebbend beslist kan worden, zonder dat dit met veel procedurele en formele vormen gepaard gaat. Daartoe zijn personen nodig die over voldoende deskundigheid beschikken en het vertrouwen hebben van zowel de werkgever als werknemers. Van de werkgever mag verwacht worden dat hij voor zijn bedrijf in een dergelijk mechanisme voorziet. Bij te kleine ondernemingen kan het nodig blijken dit op het niveau van bedrijfstakken te organiseren.

Van werkgever en werknemer mogen in dit kader over en weer betrokkenheid en begeleiding worden verwacht: van ieder mag een probleemoplossende attitude verwacht worden. Van de werkgever mag meer in het bijzonder verwacht worden dat hij een kader biedt voor de aanpak van het verzuim, en naast sociale steun ook steun bij klachtenbehandeling en werkhervatting. In dat verband kan de werkgever worden aangesproken op het aanbieden van aangepaste arbeid. Van de werknemer mag omgekeerd meer in het bijzonder verwacht worden dat hij herstel en werkhervatting vooropstelt in de vorm van betrokkenheid, zelfzorg en medewerking bij hervatten in eigen of aangepast werk. Daarnaast mag van hem verwacht worden dat hij de werkgever de informatie verschaft of doet verschaffen die deze nodig heeft om zijn verantwoordelijkheid te kunnen realiseren. Al voor dat er sprake is van volledig herstel mag voorts van de werknemer verwacht worden dat hij meewerkt aan de hervatting van werkzaamheden ook als dit andere zijn dan zijn oude functie in zoverre dit bijdraagt aan de mogelijkheid van herstel.

Randvoorwaarden

De leidraad biedt een kader voor de aanpak van het verzuim. Een doelmatige toepassing daarvan vereist echter dat aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Het gaat daarbij om de kwaliteit van de dienst- en hulpverlening, de beschikbaarheid van informatie, de instrumenten om een afgestemde inzet te waarborgen, alsmede ondersteuning op een aantal beleidsterreinen.

Dienst- en hulpverlening: In de eerste plaats verdient de invulling en kwaliteit van de Arbo-dienstverlening aandacht. Op dat punt bestaan er grote verschillen tussen bedrijven, zij het dat deze bij veel bedrijven naar een minimum aan dienstverlening tendeeft. Verbetering op dat punt vereist enerzijds gerichte aandacht binnen de sector zelf en anderzijds andere praktijk op het punt van de contracten.

In de tweede plaats behoefte de kwaliteit en de onderlinge samenwerking van de professionele hulpverlening aandacht en verbetering. Huisartsen zullen in staat moeten zijn psychische klachten tijdig te herkennen en te beslissen over een effectieve aanpak of de noodzaak van verwijzing. Door middel van professionele richtlijnen en bijbehorende scholing zal de kennisachterstand op het vlak van psychische klachten weggewerkt moeten worden. Daarnaast heeft de praktijk van tijdige verwijzing tussen de verschillende hulpverleners, in het bijzonder tussen huisarts en bedrijfsarts, verbetering en in het verlengde daarvan de onderlinge informatie-uitwisseling. Behalve tussen hulpverleners is ook informatie-uitwisseling nodig tussen hulpverleners en de werkgever. Tenslotte zal in het bijzonder bij de gespecialiseerde GGZ-hulpverlening de aandacht voor en expertise over de reïntegratie van werknemers versterkt moeten worden.

Informatie-infrastructuur: Toepassing van de leidraad vergt relevante informatie die op dit moment vaak nog ontbreekt. Vooral op het punt van verzameling, verspreiding en toegankelijkheid van relevante informatie is er een probleem. In de komende jaren zal derhalve een informatie-infrastructuur voor psychische klachten en arbeid moeten worden ontwikkeld. De commissie heeft hier in samenwerking met het Nederlands Kenniscentrum voor Arbeid en Psyche (NKAP)⁴⁸ een begin mee gemaakt door het Trimbos-instituut en bureau Astri opdracht te geven voor een eerste inventarisatie. Het NKAP zal deze verder aanvullen en onderhouden en de beschikbare informatie over projecten via een geautomatiseerde database toegankelijk maakt. De commissie heeft daarnaast ten behoeve van haar eigen analyse van de psychische problematiek in Nederland, door het Bureau Astri in samenwerking met het Trimbos-instituut een rapportage laten opstellen met een overzicht van actuele cijfers en feiten aangaande psychische arbeidsongeschiktheid⁴⁹.

Een gelijktijdige en gelijkgerichte inzet: Gewezen is reeds op de noodzaak van een gelijktijdige, gelijkgerichte inzet van beide betrokken partijen bij de toepassing van de leidraad. Gebrekkige inzet van een van beiden mag geen excuus zijn voor de ander om niets te doen. De instrumenten en stimulansen die op dat punt nodig zijn liggen vooralsnog vooral in handen CAO-partners; zij hebben het in hun macht om de daartoe vereiste voorzieningen en randvoorwaarden te scheppen. Wetswijziging is pas in de tweede plaats aan de orde. Teneinde het gebruik van de leidraad te bevorderen zouden de obstakels voor een optimale inzet van beide zijden uit de weg genomen kunnen worden zonder dat wetswijziging nodig is.

Overheidsbeleid: Taak van de commissie is om binnen het kader van bestaande wet- en regelgeving te komen tot een verbeterde aanpak van verzuim. Eerder is in dit rapport reeds vastgesteld dat het huidige stelsel van wet- en regelgeving niet uitnodigt tot een aanpak langs lijnen van de leidraad. Maar een aanpak van verzuim is niet onmogelijk of verboden. Ook zonder wetswijziging kan de leidraad worden toegepast, maar het gebruik daarvan wordt bevorderd door een aantal beleidsmaatregelen. Zo veronderstelt het tijdig voorzien in de behoefte aan hulpverlening en ondersteuning van werknemers bij het herstel van psychische klachten veronderstelt dat er voldoende capaciteit aan hulpverleners beschikbaar en bereikbaar te zijn. Gebruik van de leidraad vergt dan ook dat huisartsen en bedrijfsartsen in de gelegenheid zijn hun kennisachterstand op het gebied van psychische klachten in te halen. De drempels bij het inschakelen van psychologen, algemeen maatschappelijk werk, psychotherapeut of de psychiater zullen laag moeten zijn. In het bijzonder heeft de

⁴⁸ A. Knispel, I.N. Hento, C.G. Schoemaker, Rapportage Inventarisatie CPA en NKAP, Trimbos-instituut, Utrecht, mei 2001.

⁴⁹ T.J. Veerman, C.G. Schoemaker, B. Cuelenaere, R.V. Bijl, Psychische arbeidsongeschiktheid: een overzicht van actuele feiten en cijfers, Elseviers bedrijfsinformatie, Doetinchem, maart 2001.

toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog verbetering. In het algemeen zullen voldoende capaciteit en middelen beschikbaar moeten zijn om wachttijden in GGZ te reduceren. De aanpak van wachtlijsten in de curatieve GGZ dient net zo urgent te zijn als in curatief somatische zorg. Tenslotte dienen de mogelijkheden van versterking van de positie van de bedrijfsarts systematische onderzocht te worden.

Samen met sociale partners zou bij het afsluiten van **arboconvenanten** met het Ministerie van SZW over werkdruk tevens afspraken gemaakt moeten worden over de wijze waarop de leidraad wordt geïntroduceerd in de desbetreffende sector. Dit geldt met name voor die sectoren die te maken hebben met een relatief hoog verzuim om psychische redenen, bijvoorbeeld de Top 5 sectoren zal bezien moeten worden op welke wijze een snellere reïntegratie van werknemers met (dreigend) langdurig verzuim om psychische redenen mogelijk is. Invoering van de leidraad zou daarnaast bevorderd moeten worden door middel van proefprojecten en de verspreiding van kennis over 'best--practices'. Bij de toetsing van de reïntegratie-inspanningen werkgever en werknemer in het kader van de wettelijke vereisten van de (nieuwe) WAO-poortwachter, zou de leidraad als richtsnoer gehanteerd moeten worden. Daarbij dient te worden vermeden dat de leidraad wettelijk wordt gecodificeerd. Daarmee zou zij tot protocol verworden dat slechts nagelopen behoeft te worden. Het hanteren van de leidraad zou slechts een vermoeden van een voldoende reïntegratie-inspanningen moeten scheppen, maar niet het bewijs daarvan. Voorts zou de toegang tot financiële ondersteuning en de zeggenschap over de aanwending daarvan, op grond van de wet REA, moeten worden verbreed.

Middelen: Invoering van de leidraad zal ook middelen vergen; geld, inzet, capaciteit bij de hulpverlening, enz. De lasten, kosten en inzet die hantering van de leidraad vergt komen gespreid terecht. De zorg voor een tijdige en adequate aanpak zal in de eerste plaats lasten met zich mee brengen voor de werkgever; in de vorm van aandacht en tijd, van onderzoek en professionele ondersteuning en eventueel ook in de vorm van bekostiging van een deel van de behandeling. Een tijdige en adequate aanpak zal in de tweede plaats onvermijdelijk tot gevolg hebben dat er een groter beroep gedaan zal worden op de onderdelen van de gezondheidszorg en op professionele hulpverleners. Het zal tevens een extra beslag leggen op de middelen die beschikbaar zijn om wachttijden te verminderen. De bereidheid bij werkgevers om een extra inspanning te leveren op het punt van aandacht, steun en middelen ten behoeve van een tijdige aanpak zal immers snel verdwijnen als vervolgens alle winst verloren gaat door wachttijden wanneer een beroep wordt gedaan op de professionele hulpverlening. Tenslotte zullen de inspanningen van beroepsorganisaties in het kader van het ingang doen vinden van de leidraad, zoals de organisatie van voorlichting, de kosten van afstemming alsmede de opleiding en begeleiding van de betrokken hulpverleners, extra middelen vergen.

In de meeste gevallen zullen de extra-lasten terecht komen daar waar ook de voordelen van een vermindering van verzuim en arbeidsongeschiktheid terecht komen. Dat geldt voor de lasten van de werkgever bij de toepassing van de leidraad. Gegeven de omvang van premies, van lasten van verzuim en vervanging bij ziekte, en van de eventuele instroom in de WAO zullen de lasten van de extra-inspanning om dit laatste te voorkomen vrijwel steeds een geringe investering vormen die snel is terugverdiend. Dat geldt ook voor de overheid. Het begrotingssysteem kan weliswaar tot gevolg hebben dat de lasten op één plaats terecht komen en de baten op een andere, maar dat doet niet af aan het geven dat wanneer de aanpak volgens de richtlijn bijdraagt aan een beperking van het beroep op de WAO er in vrijwel ieder denkbare situatie een batig saldo zal zijn van kosten en baten.

Alleen in het geval van branche- en beroepsorganisaties en van hulpverleners is dit anders. Voor hen brengen de invoering en uitvoering van de leidraad en de verschillende acties die van hen verwacht worden in het kader van het implementatieplan, extra lasten met zich mee waar geen extra inkomsten tegenover staan. Dat betekent niet dat die medewerking ‘gekocht’ moet worden. Tot dusver werken deze organisaties ‘con amore’ mee met de uitwerking en introductie van de leidraad en vooralsnog wijst niets op een afname van die bereidheid. Maar het betekent wel dat de kosten van maatregelen al gauw een obstakel kunnen vormen. Tegen die achtergrond is zowel aan de branche- als de beroepsorganisaties gevraagd om een schatting te maken van de kosten van de maatregelen die in het implementatieplan genoemd worden. Daarbij gaat het zowel om de kosten van capaciteit, als die van scholing, voorlichting, richtlijnontwikkeling, onderzoek, analyse van procedures en voorschriften en van monitoring. In het kader van de vaststelling en de uitvoering van het implementatieplan zal aangegeven moeten worden om wat voor kosten het gaat en op welke wijze daarin kan en moet worden voorzien (overheid, verzekeraars, enz.). Gegeven dat deze organisaties gevraagd wordt om mee te werken aan de oplossing van een vraagstuk dat voor de samenleving, de overheid en de direct betrokkenen enorme lasten met zich meebrengt, is een bijdrage in die kosten van de organisaties niet onredelijk vermits verwacht mag worden dat door hun bijdrage de kosten van het beroep op de WAO teruggedrongen worden.

Plan van aanpak

Invoering en verbreding van kennis omtrent en gebruik van de leidraad vergen een gerichte ondersteuning. Daarbij gaat het enerzijds om algemene voorlichting en informatie over psychische problematiek en anderzijds om een gerichte introductie door middel van voorlichting aan de verschillende betrokken belanghebbenden, proefprojecten, het scheppen van aangepaste arbeid en begeleiding.

Voorlichting: Kennis, inzicht en informatie over psychische problematiek zijn beperkt deze is daardoor vrij onbekend en omgeven met een taboe. De introductie van de leidraad vergt daarom in de eerste plaats meer informatie en voorlichting over psychische problematiek zelf. De ernst en de gevolgen van de problematiek, de oorzaken en symptomen en de mogelijkheden om klachten te voorkomen en aan te pakken wanneer zij zich voordoen, dienen duidelijk gemaakt te worden. Duidelijk zal ook moeten zijn dat stress en overspanning iedereen kunnen treffen, dat de gevolgen daarvan ernstig kunnen zijn en dat men zich daarbij over niets hoeft te schamen, dan over een gebrekkige of niet tijdige behandeling. Dit vergt een algemene voorlichtingscampagne die echter ingeweven zou kunnen worden in verschillende al geplande campagnes. Voorts zou gerichte voorlichting via de huisarts of bedrijfsarts moeten worden verstrekt. Deze voorlichtingsactiviteiten zouden via een aantal beroepsorganisaties opgezet kunnen worden. Daarnaast is voorlichting nodig op het niveau van bedrijven, in het bijzonder waar het hoog risicogroepen en hoog risico bedrijven betreft.

In de tweede plaats is voorlichting nodig over mogelijkheid om verzuim en klachten van psychische aard te behandelen en in dat verband over de leidraad. Per doelgroep zou de voorlichting via andere kanalen verlopen, maar de boodschap is dezelfde: dat psychische klachten niet langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid hoeven te leiden. Het inzicht in de mogelijkheden om de problematiek hanteerbaar te maken, zal voor werkgevers en werknemers vermoedelijk de belangrijkste stimulans vormen. Daarvoor zijn succesvoorbeelden nodig.

Proefprojecten: In dat verband dient de introductie van de leidraad via een aantal proefprojecten in bedrijfstakken en/of bepaalde regio's te worden nagestreefd. Bij een algemene invoering dreigt de ervaring en deskundigheid te veel versnipperd te raken waardoor

de eerste ervaring ongunstig is, waarna de leidraad verder uit onvrede in onbruik geraakt. In de proefprojecten kan mogelijk al gebruik worden gemaakt van de beoogde regionale expertise centra voor arbeidsrelevante aandoeningen. De proefprojecten zullen op hun resultaat geëvalueerd moeten worden, zodat de opgedane ervaring alsnog gebruikt kan worden bij een brede invoering.

Begeleiding en aangepaste arbeid: Naast de introductie van de leidraad voor werkgevers is begeleiding nodig van de werknemer bij het gebruik daarvan. Thans is de zieke werknemer vooral voorwerp van zorg. Vooralsnog is er geen begeleiding die zich primair richt op ondersteuning van de werknemer in het hele proces van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De aanpak van de leidraad vergt een verandering op dat punt.

Voorts zal de beschikbaarheid van aangepaste arbeid voor kortere of langere tijd in huidige of een andere functie bij de huidige werkgever bevorderd moeten worden. De leidraad houdt in dat dergelijke arbeid beschikbaar zal moeten zijn. In grote ondernemingen is dit over het algemeen mogelijk, maar in kleinere eenheden is zulks vaak moeilijker. In de komende jaren zal het zoeken en scheppen van aangepaste arbeid binnen bedrijven dan ook prioriteit moeten hebben, niet alleen in verband met het opvangen en aanpakken van verzuim om psychische redenen, maar ook ter voorkoming daarvan. In het midden- en kleinbedrijf zullen voorzieningen moeten worden bevorderd die het 'poolen' van de mogelijkheden van meerdere bedrijven op dit punt mogelijk maken.

Tot besluit: hoe verder?

Een aanpak langs de lijnen van de leidraad van de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid is nodig om (langdurig) verzuim en arbeidsongeschiktheid vanwege psychische klachten in concrete gevallen in de greep te krijgen. Die aanpak zal zich in de praktijk moeten bewijzen door zichtbaar effect op herstel van klachten, de duur van het verzuim en de mate van werkhervatting. De leidraad is op zich zelf toepasbaar; daartoe hoeft niet gewacht te worden op de resultaten van de werkzaamheden met betrekking tot preventie. Het omgekeerde geldt eerder. Een effectieve aanpak van verzuim zal de aandacht voor preventie en de kwaliteit van de arbeidsorganisatie versterken en op den duur de behoefte aan een praktisch hanteerbaar kader daarvoor, bevorderen.

Hoewel de tekst van de leidraad voor zichzelf spreekt, meent de commissie dat voor de invoering daarvan in de dagelijkse praktijk binnen bedrijven niet volstaan kan worden met publicatie van de tekst als zodanig. Zoals in het laatste hoofdstuk werd aangegeven is een inzet van alle betrokken partijen noodzakelijk om resultaten te bereiken. Betrokkenheid en inzet van werkgevers en werknemers in de eerste plaats, maar daarnaast ook die van de professionele hulpverleners, instellingen en ondersteunende diensten die bij de aanpak van de klachten of de werkhervatting betrokken zijn. Daartoe vergt de introductie van de leidraad een voedingsbodem. Het scheppen van die voedingsbodem en van de randvoorwaarden die nodig zijn om het gebruik van de leidraad 'normaal' te maken zijn in het slot van het vorige hoofdstuk aangegeven. Om de vereiste randvoorwaarden te scheppen hoeft niet gewacht te worden op wetswijzigingen. Werkgevers, werknemers, patiënten, beroepsgroepen, instellingen en in het verlengde daarvan de verbanden en organisaties waarin deze actoren functioneren bepalen immers in de eerste plaats zelf hoe verzuim wordt aangepakt en voorkomen.

In het plan van aanpak ter implementatie van de leidraad is aangegeven welke stappen en bijdragen van de verschillende beroepsgroepen, organisaties en instellingen worden verwacht. Een eerste stap is dan ook dat dit plan van aanpak wordt aanvaard door de verschillende organisaties. De publikatie van deze stukken in november zal dan ook gevolgd worden door een bijeenkomst van vertegenwoordigers van deze groeperingen in januari om het plan van aanpak (implementatieplan) te aanvaarden. Niet in de zin dat iedere letter daarvan als bindend contract zal worden voorzien. Verwacht wordt dat de organisaties op bestuurlijk niveau tot de conclusie komen dat een aanpak langs lijnen van de leidraad inderdaad perspectief biedt op een doeltreffender omgaan met het verschijnsel van psychische arbeidsongeschiktheid. Dat zij zich daarbij mede verantwoordelijk achten voor het terugdringen van het verschijnsel van psychische klachten en arbeidsongeschiktheid en om die reden bereid zijn om de invoering en het gebruik van de leidraad te bevorderen, in het bijzonder ook door de maatregelen en stappen die in het plan van aanpak zijn beschreven voor ieder van de partijen. In die optiek zouden bedoelde organisaties zich op bestuurlijk niveau moeten verplichten om gezamenlijk en afzonderlijk de verschillende voorzieningen en maatregelen te realiseren.

Met de aanvaarding van het plan van aanpak krijgt de commissie wat de aanpak van het verzuim om redenen van psychische aard betreft, een rol op het tweede plan. Het zwaartepunt verschuift daarmee immers naar de praktijk en de activiteiten van de betrokken organisaties. De werkzaamheden van de commissie zullen zich in het verlengde daarvan richten op het begeleiden, steunen en onderling afstemmen van die werkzaamheden. Onderdeel daarvan zal ook zijn om de ervaring met het gebruik van de leidraad te volgen. Het gaat bij leidraad en de implementatie daarvan immers om een nieuwe benadering bij de aanpak van verzuim. Dat houdt in dat in de praktijk mogelijk knelpunten, problemen of fouten blijken. Aan de hand van het gebruik in de praktijk zullen de teksten en activiteiten

zich verder moeten ontwikkelen. Pas na enige tijd zal de leidraad in het licht van de daarmee opgedane praktische ervaring een definitieve vorm kunnen krijgen.

Vooralsnog vormt de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid het meest geëigend kader voor de begeleiding en bewaking van de voortgang van de invoering van de leidraad, voor de ondersteuning en evaluatie van de toepassing daarvan, en om verbeteringen daarin voor te stellen. Eind 2003 of begin 2004 zal de commissie echter ophouden te bestaan. Met het oog daarop zal in de komende tijd ook een meer permanente structuur moeten ontstaan waarbinnen de verschillende activiteiten op het terrein van de aanpak van psychische klachten en het voorkomen van psychische arbeidsongeschiktheid op elkaar afgestemd kunnen worden, de informatie over de toepassing en nieuwe inzichten kan worden uitgewisseld, en de ontwikkeling van preventie kan worden ondersteund. Niet de overheid of een aparte organisatie moeten met die taken belast worden; de betrokken organisaties zullen die zoveel mogelijk zelf ter hand moeten nemen, te beginnen met de organisaties van werknemers en werkgevers. Het voorbereiden en tot stand brengen van een dergelijke permanente structuur van implementatie vormt een tweede onderdeel van de werkzaamheden van de commissie in haar laatste fase van activiteit.

Naast deze organisatorische en procedurele activiteiten zal de commissie zich inhoudelijk vooral richten op de uitwerking de uitgangspunten die met betrekking tot de preventie werden aangegeven in het vijfde hoofdstuk. Die werkzaamheden zullen een ander karakter hebben dan de activiteiten tot nu toe. Op het brede terrein van preventie en meer in het algemeen het bevorderen van een 'gezond' klimaat in arbeidsorganisaties zijn immers reeds een groot aantal initiatieven. Voorkomen moet dan ook worden om 'het wiel opnieuw uit te vinden'. Vooralsnog staan deze initiatieven, de daarmee verband houdende activiteiten en de inzichten en ervaring die daarbij wordt opgedaan, echter in hoge mate los van elkaar. Een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de commissie zal dan ook bestaan in het inventariseren van bestaande informatie en activiteiten. Een tweede onderdeel vormt vervolgens de bewerking van de beschikbare informatie en ervaring en het onderling afstemmen van initiatieven. De ambitie daarbij is om te bezien of het mogelijk is om de bestaande ervaring en inzichten zodanig te concretiseren om tot een hanteerbaar concept van een 'gezonde arbeidsorganisatie te komen'. Wanneer immers consensus ontstaat over de elementen en criteria van dat concept, wordt het mogelijk om tot een meer systematische aanpak te komen van de preventie van verzuim en psychische klachten. Gelet op de huidige omvang van het verzuim kan dat slechts winst zijn.

De commissie zal voorts in het kader van de afronding van haar werkzaamheden bezien of naast de verschillende stappen op het terrein van het voorkomen van verzuim en psychische arbeidsongeschiktheid, er ook een meer gerichte aanpak mogelijk is op het punt van de reïntegratie van mensen die thans arbeidsongeschikt zijn om redenen van psychische aard. Het gaat daarbij om een wezenlijk ander vraagstuk dan de andere activiteiten van de commissie. Die richten zich immers vooral op de aanpak van klachten en problemen in het kader van een bestaande arbeidsrelatie. In het geval van mensen die (vaak al jaren) arbeidsongeschikt zijn, is een heel ander kader voor de aanpak vereist. Ook gaat het daarbij om andere actoren (arbeidsbemiddeling, reïntegratiebedrijven, enz.) en het vergt vaak een heel andere deskundigheid, dan die welke thans in de commissie zijn vertegenwoordigd. Die verschillen verklaren niet alleen waarom de commissie aan de aanpak en het voorkomen van verzuim de voorrang heeft gegeven, zij maken ook dat mogelijk de commissie zal moeten concluderen dat zij op dit terrein niet het meest aangewezen forum is om tot een analyse en voorstellen te komen. Het is echter nog te vroeg om thans reeds definitief tot dit oordeel te komen.

Op grond van het voorgaande moge blijken dat de commissie ook in de komende, derde en laatste fase van haar activiteiten nog een breed werkterrein heeft. Sterker dan tot dusver zal

de commissie daarbij echter niet meer kunnen zijn dan de stuurhut voor de activiteiten van vele. Dat betreft niet alleen de activiteiten om de leidraad ingang te doen vinden en de daarvoor benodigde randvoorwaarden te scheppen, maar ook het inhoudelijk deel van de werkzaamheden. Ten aanzien van beide genoemde aspecten: preventie en de reïntegratie van psychisch arbeidsongeschikten zal immers meer dan tot dusver een beroep gedaan moeten worden op kennis en ervaring van buiten de commissie en op de betrokkenheid van organisaties die tot dusver niet bij de werkzaamheden betrokken waren. Het past daarom aan het slot van dit tussenrapport de dank uit te spreken voor de bereidheid, beschikbaarheid en betrokkenheid van velen - personen zowel als organisaties - om bij te dragen aan de werkzaamheden tot dusver, en om de hoop en verwachting uit te spreken dat ook in komende tijd nog velen bereid zullen zijn om daaraan mee te werken in de wetenschap dat het uiteindelijk gaat om het welzijn van velen.

LITERATUUROVERZICHT

Amstel, R.J. van en P.C. Buijs (1997). *Voor verbetering vatbaar – de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding*. Amsterdam: NIA-TNO.

Bijl, R.V. en A. Ravelli (1998). *Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. In: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 76, nr 8.

Bijl, R.V., C.G.L. van Deursen, A. van Gageldonk en R.W.M. Grundemann (1994). *Riagg en werk – omvang, aard en behandeling van arbeidsgebonden problemen bij Riagg-cliënten*. Leiden/Utrecht: TNO/NcGv.

Bosselaar, H., F. Reijnga (2000). *Koplopers in Disability Management*. TNO/SZW.

Erp, N. van en R. Bijl (1996). *Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten*. Utrecht: NcGv.

Giezen, A.M. van der en G. Jehoel-Gijsbers (1999). *Zoekgedrag, bemiddeling en reïntegratie van langdurig arbeidsongeschikten in 1998*. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen.

Hutschemaekers, G. (2000). *Wordt Nederland steeds zieker ?*. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheidszorg, nr. 4.

Kamerstukken II, 1998-1999, 26 375, nr. 1

Karsten, C. (2001). *In dertig dagen uit je burnout*. Rijswijk: Elmar.

Klink, J.J.L. van der, R.W.B. Blonk, A.H. Schene en F.J.H. van Dijk. *The effectiveness of an activating intervention for adjustment disorders with occupational impairment, (in review)*.

Knispel, A., I.N. Hento en C.G. Schoemaker (2001). *Rapportage Inventarisatie CPA en NKAP*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kompier, M.A.J. en C. Cooper (1999). *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*. London: Routledge.

Kompier, M.A.J. en F.H.G. Marcelissen (1990). *Handboek werkstress: Systematische aanpak voor de bedrijfspraktijk*. 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Lisv (1996). *Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC)*. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen.

Lisv (1996). *De standaard Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden (GDBM)*. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen.

Nota 'Arboconvenanten nieuwe stijl: beleidsstrategie voor de komende vier jaren (1999-2002)'; Kamerstukken II, 1998-1999, 26 375, nr. 1.

NVAB (2000). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Geautoriseerde richtlijn 28 januari 2000.*

NYFER (2001). *Enkeltje WAO: De gebrekkige begeleiding van werknemers met psychische klachten tijdens het eerste ziektejaar.* Breukelen: NYFER.

Poel, M.G.M. van der, C.G.L. van Deursen, en R. Prins (2001). *Maatregelen 'Verzuimbegeleiding en vroegtijdige reïntegratie': overzichtscatalogus ten behoeve van arboconvenanten.* 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Rijenga, F.A., E. de Vos en S. Andriessen (1999). *Disability Management in Nederland; een verkenning van mogelijkheden in opdracht van de NCCZ.* Hoofddorp: TNO Arbeid.

Schoemaker, C. en R. Bijl (1996). *Zorg bij ziekteverzuim om psychische redenen – Inventarisatie van de hulpverlening aan werknemers die om psychische redenen verzuimen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghem en NcGv.

Schroër, C. A.P. (1993). *Verzuim wegens overspanning: een onderzoek naar de aard van de overspanning, de hulpverlening en het ziekteverloop.* Maastricht: UPM.

Terluin, B. (1986). *Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek.* In: Huisarts Wet 29:261-264.

Terluin, B.(1988). *Surmenage in de huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid.* In: Medisch Contact 43:1495-1498.

Vaas, S., D.J. Klein Hesselink en S.A. van den Berg (1999). *Interventies bij werkdruk: gids voor arboprofessionals.* Hoofddorp: TNO Arbeid.

Van Veldhoven en Boersen (1999). *Psychosociale arbeidsbelasting en werkstress in Nederland.* Amsterdam: Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg.

Veerman, T.J., C.G. Schoemaker, B. Cuelenaere en R.V. Bijl (2000). *Psychische Arbeidsongeschiktheid: een overzicht van actuele feiten en cijfers.* Doetinchem: Elseviers bedrijfsinformatie.

Veerman, T.J., H. Bosselaar, A.F. Lenderink, J.A. Duvekot (2001). *Sterk als de zwakste schakel.... De doorwerking van overheidsbeleid rond ziekteverzuim en WAO binnen sectoren en bedrijven: enkele algemene observaties uit een diepte-analyse in zes sectoren (deel-publicatie).* 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (nog te publiceren).

Verhaak, P.F.M. (1995). *Mental disorder in the community and in general practice: doctors' views and patients' demands.* Aldershot: Avebury.

WRR (1990). *Een werkend perspectief 38: Arbeidsparticipatie in de jaren 90: De arbeidsparticipatie in Nederland: een vergelijking.* Den Haag: SDU Uitgeverij.

